



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Efectividad de un programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos y emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos Hospital Hermilio Valdizan

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica

AUTOR

Gloria Vera Cabrera

LIMA – PERÚ
2015

*A Dios por darme la oportunidad de
vivir y realizar mis anhelos.*

*A mis amadas hijas Bethel y Kadmel
por su apoyo y comprensión.*

*Mi más sincero agradecimiento a mi
familia, amigos y personal docente,
que con su apoyo, calidez y
motivación constante contribuyeron
durante todo el proceso de
investigación en la culminación del
presente trabajo de investigación.*

*A las autoridades del Hospital
Hermilio Valdizán, personal de
Enfermería y familiares de los
pacientes, por su participación en
la culminación del presente
trabajo de investigación.*

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vii
PRESENTACIÓN	1
 CAPÍTULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación problemática	4
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	7
1.5. Propósito	8
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	9
2.2. Base teórica	17
2.3. Hipótesis	44
2.4. Definición operacional de términos	45
 CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	46
3.2. Lugar de estudio	46
3.3. Población de estudio	46
3.4. Criterios de selección	47
3.5. Técnica e Instrumento de recolección de datos	47
3.6. Procedimiento de análisis e interpretación de la información	48
3.7. Consideraciones éticas	48
 CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	49
4.2. Discusión	59
 CAPITULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones	71
5.2. Limitaciones	75
5.3. Recomendaciones	76
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico antes y después del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan Lima – Perú. 2014.	50
2	Emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico antes y después del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan Lima – Perú. 2014.	56
3	Emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan Lima – Perú. 2014.	58
4	Emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan Lima – Perú. 2014.	59

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº		Pág.
1	Conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan Lima – Perú. 2014.	51
2	Conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan Lima – Perú. 2014.	53

RESUMEN

AUTOR : GLORIA VERA CABRERA

ASESOR : JUANA ELENA DURAND BARRETO

El **objetivo** fue determinar la efectividad de un programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos y emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos Hospital Hermilio Valdizan 2013. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental de un solo diseño. La población estuvo conformada por 20. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario que fue aplicado antes y después del programa educativo previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (20), antes del programa psicoeducativo 55% (11) conocen y 45% (9) no conocen; y después del programa 95% (19) conocen y 5% (1) no conocen. En cuanto a las emociones expresadas antes del programa en el 60% (12) estaba presente y 40% (8) ausente y después del programa en 80% (16) presente y 20% (4) ausente. **Conclusiones.** Es efectivo el programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos del familiar cuidador del paciente esquizofrénico mediante la prueba t de student ya que antes el mayor porcentaje conoce que existe un tipo de enfermedad mental y en forma grave, que se presenta de diferente forma, hay recuperación y recaídas, el paciente se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal y un porcentaje considerable no conocen los medicamentos que ha tomado, y que la enfermedad mental se desarrolla lentamente. Después del programa la mayoría conoce los periodos de recuperación y recaídas, la tendencia a aislarse, pérdida de hábitos de higiene, que es causada por herencia; y lo que no conocen, es que cuando se siente mejor no necesita continuar el tratamiento, y los efectos del tratamiento. Del mismo modo al aplicar la prueba t de student se aceptó la hipótesis de estudio, es decir que el programa psicoeducativo es efectivo en las emociones expresadas en el familiar cuidador del paciente esquizofrénico ya que antes el mayor porcentaje manifestaba como presente; el hecho de acompañarlo y no dejar solo al paciente, cuidarlo siempre y hacer de todo desde que se enfermó; y un porcentaje considerable expresan como ausente; el molestarse cuando el paciente está desganado, mantener encerrado al paciente en su cuarto por la tranquilidad familiar, las recaídas le han llegado a cansar ya que sienten ganas de internarlo, y lo molesta que el familiar enfermo no le entienda. Luego del programa, la mayoría expresa que está presente, la responsabilidad de que el familiar permanezca tranquilo, que la enfermedad es incurable y que le advierte sobre los riesgos de cometer imprudencias; mientras que un mínimo porcentaje refiere que está ausente, el resonar al paciente cuando permanece encerrado en el cuarto, acompañarlo cuando sale el paciente, y cuidarlo siempre desde que se inició la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: Efectividad de un programa psicoeducativo, Familiar cuidador del paciente con esquizofrenia, Emociones expresadas.

SUMMARY

AUTHOR: GLORIA VERA CABRERA

ADVISORY: JUANA ELENA DURAND BARRETO

The **objective** was to determine the effectiveness of a psychoeducational program in increasing knowledge and emotions expressed on family caregivers of schizophrenic patients Hermilio Hospital Valdizan 2013. **Material and Methods.** The study was level application, quantitative, quasi-experimental method of a single design. The population consisted of 20. The technique was the survey instrument and a questionnaire was applied before and after the educational program prior informed consent. **Results.** 100% (20), before psychoeducational program 55% (11) know and 45% (9) do not know; and after the program 95% (19) know and 5% (1) do not know. As the emotions expressed before the program in 60% (12) was present and 40% (8) and after the program absent in 80% (16) present and 20% (4) absent. **Conclusions.** Psychoeducational program is effective in increasing knowledge of family caregivers of schizophrenic patient by Student t test and the higher percentage than before know that there is a type of mental illness and severe form, which is presented differently, no recovery and relapses, the patient is isolated, not talk, is not interested in your toilet, or in your personal arrangement and a significant percentage do not know the medications taken, and that mental illness develops slowly. After the program most known periods of recovery and relapse, the tendency to isolate, loss of hygiene, which is caused by inheritance; and they do not know it is that when you feel better does not need further treatment, and treatment effects. Similarly by applying the Student t test the study hypothesis is accepted, it ie that the psychoeducational program is effective in the emotions expressed in the family caregiver of schizophrenic patient since before the highest percentage expressed as present; the fact accompany him and not leave the patient alone, always take care and do everything since he became sick; and a considerable percentage expressed as absent; the bother when the patient is reluctant, the patient keep him locked in his room for family tranquility, relapses have come to be tired because they feel like intern, and anger gives the sick family does not understand him. After the program, most state that is present, the responsibility for the family stay calm, that the disease is incurable and that warns about the risks of imprudent; while a minimum percentage referred to is absent, the patient resondrar when it remains locked in the room, accompany him when the patient leaves, and always take care since the disease began.

KEYWORDS: Effectiveness of a psychoeducational program, Family caregivers of patients with schizophrenia, Expressed emotions.

PRESENTACION

En los últimos años la incidencia de las enfermedades que afectan la salud mental se ha ido incrementando, sin distinción de edad y sexo, el cual no solo produce efectos psicoemocionales en quien la padece, sino también ocasiona serias repercusiones en el ámbito familiar. Tal es así que las personas afectadas por este tipo de enfermedad produce cambios en su estilo de vida, que se evidencia en su comportamiento psicosocial, en los hábitos alimenticios, de higiene, trastornos en su carácter, tendencia a la irritabilidad, agresividad, alteraciones en la percepción, pensamiento, entre otros.

Tal es así que dentro de las enfermedades que afectan la salud mental, la esquizofrenia ha sido considerada como el trastorno mental de mayor prevalencia a nivel mundial de carácter grave, curso clínico variable y discapacitante, con una recuperación sintomática y social completa en aproximadamente una tercera parte de los casos. Sin embargo, a pesar de que se ofrece un tratamiento adecuado, su evolución sigue siendo crónica o recurrente, con síntomas residuales y una recuperación social crónica y progresiva que a pesar de los esfuerzos de la comunidad científica constituye un problema de salud pública, ya que solo se logra controlar y/o disminuir las complicaciones contribuyendo a mejorar y/o restablecer su estilo y calidad de vida.

Actualmente aun cuando se realizan numerosos estudios y esfuerzos a nivel mundial por la comunidad científica para actuar y modificar los factores condicionantes que repercuten en la esquizofrenia; éstos dependen en gran medida del propio individuo que sufre la enfermedad y del entorno con el que mantiene interacción inmediata, su familia.

Por lo que ante la incidencia de la esquizofrenia, se da la necesidad de implementar un Programa Psicoeducativo, como parte de un abordaje integral y una alternativa para el entendimiento y resolución de problemas producto de la enfermedad mental (esquizofrenia), contribuyendo a la mejora del pronóstico y la calidad de vida del paciente.

De modo que un Programa Psicoeducativo, debe ser producto de la identificación previa de las necesidades de la familia de los pacientes esquizofrénicos, el cual a través de la formulación de estrategias y técnicas educativas se les proporcione información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

El presente estudio titulado “Efectividad de un programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos y emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos Hospital Hermilio Valdizan 2014”, tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos y emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos. Con el propósito de proporcionar a las autoridades de la institución, del departamento de enfermería y profesionales de enfermería que laboran en el servicio de psiquiatría, información actualizada que permita reflexionar sobre los hallazgos y formular o diseñar programas de educación permanente, así como promover la elaboración de guías de procedimientos, protocolos o material educativo orientado no solo a actualizar al personal profesional de Enfermería, sino también brindar información a los familiares sobre su participación en el cuidado de la salud del paciente en el hogar.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, el que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que incluye los antecedentes, base teórica, hipótesis y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que expone el nivel, tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnica e instrumento, procedimiento de análisis e interpretación de la información, y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Uno de las enfermedades crónicas más emergentes que afectan la salud mental, está dada por la esquizofrenia (psicosis crónica), el cual es el más prevalente a nivel mundial y nacional, constituyendo un problema de salud pública; ya que trae consigo serias repercusiones en el estilo de vida del paciente y en consecuencia de la familia.

La esquizofrenia debido a los trastornos en el comportamiento que produce se basa en tres aspectos; el medicamentoso para aliviar los síntomas y prevenir las recaídas, educación e intervenciones psicosociales para ayudar a los pacientes y a sus familias a hacer frente a la enfermedad, sus complicaciones y la rehabilitación para ayudar a los pacientes a reintegrarse a su entorno familiar, laboral y comunitaria.

Esta enfermedad, por los efectos que produce altera la dinámica familiar provocando dependencia del enfermo hacia su familia en mayor o menor grado, por lo tanto debe considerarse como una enfermedad familiar, en el cual como parte del agente terapéutico, la familia puede también ser objeto de atención y apoyo de parte del equipo de salud mental.

Por lo que los programas psicoeducativos, constituyen una herramienta terapéutica que por varios años ha resultado útil en la instrumentación

de programas de promoción y prevención y en general en la intervención primaria en el área de la salud (1).

Por lo que ante el incremento de la esquizofrenia como enfermedad que involucra al entorno familiar, el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Salud Mental 2002 - 2012 ha implementado la atención integral con énfasis en la promoción y prevención con una necesidad de crear un Programa Psicoeducativo dirigido al paciente y familia; el cual cuenta con una sólida base que avalados por diversos grupos de expertos y sometido a revisiones, señalan que los beneficios de estas intervenciones, puede conllevar a la reducción de las recaídas que son tan frecuentes, promover la mayor adherencia al tratamiento, al rendimiento social y reducción de la expresividad emocional de los miembros familiares. No cabe duda por lo tanto de que la implicación de los familiares y su educación es una estrategia de tratamiento importante para el paciente esquizofrénico.

De ahí que el profesional de Enfermería que labora en los servicios de salud mental y psiquiatría deben incluir dentro de sus actividades, la educación dirigido a familiares y pacientes, orientado a promover el cumplimiento del paciente con los regímenes de tratamiento, así como la participación activa y responsable de la familia; contribuyendo en el profesional de enfermería a la consolidación de su identidad profesional dentro del equipo de la salud mental, desarrollo de su rol educadora a cabalidad, así como proporcionar evidencias científicas sobre los beneficios de la intervención psicosocial temprana en la esquizofrenia a través de su implementación, para lo cual la implicación de los familiares debidamente educados constituye una estrategia de tratamiento importante (2).

En el servicio de psiquiatría en el horario de la visita de familiares, con cierta frecuencia se observa que los familiares indagan sobre el estado de salud del familiar hospitalizado con mucha insistencia y exigencia. Al interactuar con los familiares refieren “que tiene...a veces no quiere hablar....no se quiere cambiar de ropa cuando le traigo....no sé cómo tratarlo...cuando le insisto se molesta y comienza a gritar.... cuando está en casa a veces rompealgunas cosas...se encierra y no quiere tomar las pastillas, ni bañarse.....a veces me desespera.....los medicamentos a veces le hacen bien pero le ponen medio raro.....esta como distraído....y se le cae la saliva.....estoy muy preocupada ...ojala se ponga mejor” entre otras expresiones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la efectividad de un programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos y emociones expresadas en los familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos en el Hospital Hermilio Valdizán. 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Dado el incremento de la esquizofrenia como un tipo de psicosis crónica, el cual afecta la conducta humana presentando alteraciones en la percepción, sentimientos, pensamientos, entre otros. La familia constituye un soporte emocional y terapéutico en el manejo de la conducta del paciente esquizofrénico, por lo que se transforma en cuidadores contribuyendo con la información que se le proporciona a través de un programa educativo, el entendimiento de la enfermedad

psiquiátrica fomentando una mejor calidad de vida en el paciente y familia, promoviendo su participación activa y consciente en el proceso de recuperación y reduciendo las creencias erróneas, disminuyendo la estigmatización y reactividad emocional, con la consecuencia de una mejor aceptación del paciente por parte de sus familiares; así como los reingresos hospitalarios, prolongación de la estancia hospitalaria y el gasto económico familiar.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la efectividad de un programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos en los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico en el Hospital Hermilio Valdizán.
- Determinar la efectividad de un programa psicoeducativo en las emociones expresadas en los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico en el Hospital Hermilio Valdizán

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizán.
- Identificar los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizán.

- Identificar las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psico educativo en el Hospital Hermilio Valdizan.
- Identificar las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psico educativo en el Hospital Hermilio Valdizan.

1.5. PROPOSITO

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución, del departamento de enfermería y al personal profesional de enfermería que labora en los servicios de psiquiatría, a fin de que les permita reflexionar y formular programas de educación para la salud dirigido a los familiares de los pacientes con esquizofrenia orientado a brindar información sobre la importancia de su participación en el cuidado de la salud del paciente en el hogar, contribuyendo a disminuir el riesgo a mayor deterioro de las capacidades residuales y mejorar las emociones expresadas tendientes a desarrollar un estilo de vida más acorde al medio social en que se desenvuelve. Así como también promover en el profesional de enfermería la elaboración de guías de procedimientos, protocolos y/o material educativo dirigido a la población vulnerable para contribuir a promover la adopción de una cultura de prevención y mejorar la calidad de vida del paciente y familia.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

A Nivel Internacional

Rummel-Kluge, Christine; Pitschel-Walz, Gabriele; Bäuml, Josef y Kissling, Werner, el 2006, en Alemania, realizaron un estudio con el objetivo de identificar el porcentaje de pacientes y familiares que participan en la psicoeducación en el 2003 y evaluar cómo se llevó a cabo la psicoeducación. El estudio se llevó a cabo en dos etapas a través del envío de las encuestas por correo a los jefes de todas las instituciones psiquiátricas en Alemania, Austria y Suiza, y la segunda parte fue enviada directamente a los moderadores de los grupos psicoeducativos. Dentro de las conclusiones entre otras tenemos: *“que la psicoeducación se ofreció en el 86% de las instituciones que respondieron la encuesta, en el 84% de estos para la esquizofrenia (contingentes de respuesta: parte I, 54%; la segunda parte, 55%). Una media de 21% de los pacientes con esquizofrenia y el 2% de los miembros de su familia había tomado parte en la psicoeducación en las instituciones que respondieron en el 2003”*. (3).

Rummel-Kluge, Christine; Kissling Werner; el 2008, en Alemania, realizaron un estudio, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de las pruebas actuales de la psicoeducación, mediante una revisión con meta-análisis. Dentro de las conclusiones tenemos que *“la psicoeducación de los pacientes con esquizofrenia y sus familias pueden reducir las tasas de recaída de estos pacientes con*

intervenciones a largo plazo en las familia (es decir, con una duración de más de 3 meses)”. Sin embargo, aún hay cuestiones sin resolver en este ámbito. Por lo tanto, las necesidades futuras de investigación son un foco adicional de esta revisión, por ejemplo, sobre la cuestión de cómo adaptar los programas para pacientes ambulatorios estables y sus familias, y la dosis mínima eficaz de la psicoeducación. Por último, se analizaron nuevos planteamientos en el ámbito de la psicoeducación, como la inclusión de la calidad de vida, factores que ofrecen los formatos de psicoeducación para el diagnóstico combinado, familiares y compañeros de paciente a los programas de pares, y centrándose en los aspectos de género. (4).

Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W; en Alemania, el 2006; llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar si los grupos psicoeducativos para los pacientes con trastornos esquizofrénicos y sus familias pueden reducir las tasas de re hospitalización y mejorar el cumplimiento. La población estuvo conformada por 236 pacientes que cumplieron con los criterios del DSM-III-R para la esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y que tenía contactos regulares con de al menos 1 pariente u otro cuidador, fueron asignados al azar a 1 de 2 grupos de tratamiento. En la condición de intervención, los pacientes y sus familiares fueron invitados a asistir a los grupos psicoeducativos en un período de 4 a 5 meses. Los pacientes y los programas psicoeducativos familiares fueron separadas, cada uno formado por 8 sesiones. Durante este periodo los pacientes recibían su medicación de rutina. Los resultados fueron comparados a lo largo de 12 meses y 24 meses de los períodos de seguimiento. El estudio se realizó desde 1990 hasta 1994. La conclusión fue entre otros que: *“es posible reducir significativamente la tasa de re hospitalización después de 12 y 24 meses en los pacientes*

que participaron en grupos psicoeducativos en comparación con aquellos que recibieron cuidados de rutina ($p < .05$). Los pacientes que participaron en grupos psicoeducativos han mostrado un mejor cumplimiento de los pacientes bajo el cuidado de rutina, sin psicoeducación. Los resultados sugieren que una intervención relativamente breve, de 8 sesiones psicoeducativas con la participación de la familia en forma sistemática y en grupos simultáneos puede mejorar considerablemente el tratamiento de la esquizofrenia”. (5).

Holmes H, Ziemba J, Evans T, Williams CA.; en Estados Unidos, en 1994, (Enfermería en Salud Mental); tuvo como objetivo describir un modelo de enfermería para la psicoeducación que se está aplicando en la unidad psiquiátrica de la Administración de Veteranos (VA) del Hospital. El método fue descriptivo, la población estuvo conformado por 19 pacientes con trastornos mentales gravemente enfermos que cumplen con los criterios del DSM-III-R: diagnósticos de esquizofrenia, de trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar que fueron entrevistados y evaluados por un especialista en enfermería clínica. Nueve miembros de la familia que aceptaron participar, identificados por el paciente como un miembro de la familia, también fueron entrevistados. Los datos de referencia se han generado en estas entrevistas. Estos datos también fueron utilizados para desarrollar planes psicoeducativos para cumplir con cada paciente / familia. Dentro de sus resultados tenemos que; los pacientes habían tenido un promedio de 12 hospitalizaciones anteriores. Su edad media era de 38 años, 74% eran afroamericanos y el 89% eran varones. Los pacientes reportaron una variedad de interpretaciones de la razón de su hospitalización y técnicas para el manejo de sus síntomas. Las formas más comunes de manejo de los síntomas fueron categorizados como la

actividad física, la disminución de los estímulos, y el uso de alcohol / drogas / tabaco. (6).

De Groot L, Lloyd C, King R.; el 2003, en Alemania, realizaron un estudio que tuvo como objetivos determinar la eficacia del programa de psicoeducación familiar como estrategia para la reducción de los ingresos hospitalarios de jóvenes y determinar si el programa de psicoeducación familiar tuvo un impacto en la experiencia y el conocimiento de los cuidados y la satisfacción de los servicios prestados por el servicio de salud mental. El método fue descriptivo con enfoque retrospectivo, los pacientes fueron 27 pacientes cuyas familias asistieron a un programa de psicoeducación. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Dentro de las conclusiones tenemos *“que la participación de la familia en un breve programa de psicoeducación familiar múltiple no redujo el número o la duración de los ingresos de los jóvenes. No hubo impacto en el nivel de atención a las familias que asistieron al programa de psicoeducación, sin embargo, este grupo mostraron cierta evidencia de un mayor conocimiento y comprensión de los servicios en comparación con el grupo control”*. (7).

Vallina Fernández, Óscar; Lernos Giráldez, Serafín; el 2002, realizaron un estudio con el objetivo de analizar 15 programas de psicoeducación familiar en la esquizofrenia compuestos exclusivamente por un paquete educativo. La conclusión fue *“que la psicoeducación, como único procedimiento de intervención familiar en la esquizofrenia, resulta insuficiente para mejorar la evolución del trastorno; sin embargo es de utilidad para la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, para modificar actitudes y para lograr la cooperación terapéutica. Para amplificar sus efectos y facilitar la obtención de beneficios*. (8)

Pérez Martínez, E; Matarredona Catalá, J; Soler Martí, I; Torres Alfosea, M. A; el 2000, en España, realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo determinar los conocimientos de los pacientes acerca de la esquizofrenia, mejorar las habilidades de los mismos para afrontar su enfermedad, ayudar a comprender la importancia del tratamiento farmacológico para la evolución a largo plazo y mejorar la relación entre pacientes, familiares y profesionales. Utilizaron como instrumentos de evaluación un cuestionario de conocimientos, otro de expectativas de los pacientes sobre el grupo y un cuestionario de evaluación de la satisfacción con la experiencia grupal. Los resultados indican que las expectativas de los pacientes son altas, la evaluación del programa ha sido de "muy interesante" y el nivel de conocimientos sobre la enfermedad aumenta de manera significativa. (9).

Zuñiga F., Sonia; Jobet F., Jacqueline, en 1993, Chile, realizaron un estudio en el Servicio de Psiquiatría de Valdivia donde se ofrece desde 1989 Cursos de Psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos en control. Evaluaron 4 de 6 cursos ofrecidos, a los que asistieron familiares de 55 pacientes, destacándose la participación mayoritaria de las madres (53,3 %). Más del 50 por ciento de las personas tuvieron una asistencia satisfactoria a óptima. Dentro de los resultados tenemos que; la adhesividad al tratamiento farmacológico de los pacientes 6 meses antes y 6 meses posteriores a la participación a algunos de los cursos muestra modificaciones positivas, disminuyendo las inasistencias y atrasos. Un 70,3 % de los familiares señaló que esto les ha ayudado mucho, que luego de su participación comprenden más los problemas ocasionados por la enfermedad. Un 92,5 % afirmó que les resultó útil escuchar los comentarios de otros familiares afectados por la misma problemática. La experiencia desarrollada muestra que el tipo de actividad complementaria promueve en los familiares una forma

diferente de comprensión de la patología, brindando la oportunidad de ventilar prejuicios, preocupaciones y experiencias de tal forma que logran algún grado de control sobre la situación, valoran la importancia de la adhesividad al tratamiento farmacológico, se minimiza la frustración y se flexibiliza la atmósfera familiar. (10)

Ana Fresan/Rogelio Apiquian/Rosa Elena Ulloa/Cristina Loayzaga /María García Anaga/Doris Gutiérrez; en México, el 2001, realizaron un estudio que tuvo como objetivo establecer el ambiente familiar de un grupo de pacientes con primer episodio de esquizofrenia y determinar las bases de un programa de psicoeducación. La población estuvo conformada por 50 familiares de pacientes con esquizofrenia del proyecto de seguimiento de primer episodio psicótico. Se evaluó el ambiente familiar mediante el Cuestionario de la Vida Familiar de North-Sachar y un taller de 6 sesiones informativas con la Forma de Evaluación de Taller. El instrumento fue el cuestionario de Ambiente Familiar. Dentro de sus resultados tenemos que el grado de conocimientos que tenían los participantes respecto a la esquizofrenia. 56% (n=28) reportó saber algo de la enfermedad, 24% (n=12) con poco conocimiento y 12% (n=6) con mucho conocimiento. Sólo el 2% (n=1) de los participantes negó tener conocimiento alguno y el 6% (n=3) refirió saber todo acerca de la enfermedad. Los familiares reportaron trastornos y limitaciones (estrés, ansiedad, agresión física o verbal, etc.) en sus vidas cotidianas de forma ocasional (34%, n=17), seguidos por limitaciones frecuentes (20%, n=10) o trastornos graves (20%, n=10). Las limitaciones o trastornos poco frecuentes se reportaron en 18% (n=9) y en grado extremo en 8% (n=4). Los familiares manifestaron tener distintos grados de control en su vida diaria. El 38% (n=19) refirió tener poco control, el 28% (n=14) mucho control, el 18% (n=9) no mucho control, el 14% (n=7), control total y el 2% (n=1) ningún

control. En relación con la capacidad para enfrentar efectivamente una crisis, el 38% (n=19) considera que actuaría en forma parcialmente eficiente, mientras que el 24% (n=12) reportó que lo haría en forma no muy eficiente. El 12% (n=6) reportó una actuación muy eficiente y otro 12% (n=6) una totalmente ineficiente. Sólo el 14% (n=7) refirió que tendría una actuación totalmente eficiente. El grado de culpabilidad por tener un miembro de la familia enfermo fue variable. El 46% (n=23) reportó no tener sentimientos de culpa; el 22% (n=11) algo de culpa; el 20% (n= 10) no se sentía muy culpable, y el 12% (n=6) refirió sentirse totalmente culpable. El promedio de hospitalizaciones del familiar enfermo fue de 0.64 (+/-1.48, 0-8 hospitalizaciones), con un promedio de 14.14 días de hospitalización (+/- 40.16, 0-240 días). (11).

Mena Rodríguez, Daniela Carla; Murillo Castillo, Mariela Paz, en Chile, el 2000, realizaron un estudio que tuvo como objetivo conocer los problemas sentidos por los familiares sobre la carga emocional en la relación interpersonal con el enfermo. El método fue de tipo cualitativo, método descriptivo. La población estuvo conformada por los familiares de enfermos con esquizofrenia. La técnica fue el análisis de contenido temático de Lawrence Bardin. Los resultados fueron que los principales problemas sentidos por los familiares que surgían en la convivencia con el enfermo, desde su percepción para identificar áreas y/o temas que se incorporarían dentro de los programas psicoeducativos, utilizando metodologías educativas participativas de adultos, que valoran el componente experiencial (emocional y vivencial) de los familiares. Dentro de ello tenemos la carga emocional en la relación interpersonal con el enfermo, la preocupación por el incumplimiento de tratamiento, problemas de trabajo, violencia del enfermo, la drogadicción y el aislamiento social del enfermo y de la familia. Por lo que el profesional de enfermería desempeñan un rol protagónico en los

programas psico educativo que les permitiría definir su identidad profesional dentro del equipo de la salud mental, desarrollando su rol de educadora a cabalidad. (12).

A Nivel Nacional

Mazuelos B., Sandra; Santivañez C., Roxana; Valencia R., María; EN 1989, en Lima – Perú, llevaron a cabo un estudio sobre, “Nivel de conocimientos sobre esquizofrenia y el tiempo de enfermedad del paciente esquizofrénico y su influencia en la actitud de los familiares en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi y el Hospital Hermilio Valdizán”; cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de los familiares sobre esquizofrenia y el tiempo de enfermedad del paciente esquizofrénico y su influencia en la actitud de los familiares hacia el paciente. El método fue descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por familiares de pacientes con esquizofrenia, la técnica fue la encuesta y los instrumentos fueron un cuestionario y una escala de actitudes. Dentro de sus conclusiones tenemos que; que necesario implementar programas educativos, de asesoría familiar, seguimiento del paciente, entre otros que contribuyan a lograr una actitud positiva en los familiares, así como su participación activa en la rehabilitación del paciente. (13).

Por los trabajos expuestos, podemos evidenciar que existen estudios relacionados al tema de estudio, el cual ha permitido estructurar la base teórica y la metodología; siendo importante realizar el estudio a fin de que sus resultados permitan diseñar un plan de mejora destinado a implementar en forma progresiva programas de educación para la salud dirigida a los familiares de los pacientes esquizofrénicos y población en general sobre el manejo adecuado del paciente en el

hogar orientado a promover la adopción de una cultura de prevención con participación activa, consciente y responsable, lo cual contribuirá a disminuir el riesgo a complicaciones y mejorar la calidad de vida familiar.

2.2. BASE TEÓRICA

GENERALIDADES SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

En los últimos años el incremento de las enfermedades que afectan la salud mental; la esquizofrenia, es considerada como un trastorno mental de carácter grave y curso clínico variable con una recuperación sintomática y social completa aproximadamente en una tercera parte de los casos. Sin embargo, en la mayoría de las veces sigue una evolución crónica o recurrente, con síntomas residuales y una recuperación social crónica que constituye un importante problema de salud pública.

La prevalencia de la esquizofrenia se estima actualmente entre el 0.5 y el 1%, y a nivel mundial, se estima que aproximadamente 24 millones de personas padecen esquizofrenia a lo largo de su vida (14). Debido a la cronicidad, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores y se estiman aproximadamente en 1/10.000 personas al año (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, 1995). Por otra parte, el informe sobre la salud en el mundo, presentado en octubre del 2001, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Universidad de Harvard, expone que la esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades que representan una “carga mundial de enfermedad”. Al valorar los “Años de vida perdidos ajustados en función a discapacidad” (AVD), la

esquizofrenia se coloca en el cuarto lugar dentro de los grupos diagnósticos más frecuentes (15). Asimismo, la esquizofrenia se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre 18 y 44 años (16).

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que se caracteriza por alteraciones graves en diferentes funciones mentales. Suele iniciarse entre los 15-25 años en los varones, y entre los 25-35 años en las mujeres, aunque también puede comenzar en la infancia o en personas mayores. Inicialmente, la persona afectada suele presentar aislamiento social, desconfianza, dificultad para concentrarse, ansiedad y ánimo depresivo. El inicio de la enfermedad puede ser súbito o progresivo. La evolución es variable, por lo general se presentan exacerbaciones periódicas (recaídas) con remisión parcial entre las mismas, aunque algunas personas se recuperan por completo, y otras tienen un deterioro progresivo.

La esquizofrenia, dentro de las enfermedades crónicas degenerativas que afectan al ser humano, es una de las más incomprendidas e ignoradas por los sistemas de salud y rechazadas por la sociedad. Toda vez que los pacientes con esquizofrenia no sólo sufren el rechazo de la gente, sino la ignorancia de algunos profesionales de la salud; ya que no sólo son relegados en sus domicilios, sino también en los consultorios médicos e incluso en los servicios de hospitalización para pacientes con trastornos mentales, se prefiere internar a un paciente deprimido que a un paciente esquizofrénico en episodio psicótico.

Por lo que la esquizofrenia no ha recibido la atención que merece como problema de salud mental, debido al desconocimiento que se tiene del padecimiento en todos los sectores de la población, en los que se

incluye a los profesionales de la salud. Las estadísticas ominosas lo confirman, el riesgo de suicidio es cinco veces mayor que en la población general. Alrededor del 50% hacen tentativas y entre el 10-15% lo consuman (17).

Además de la situación en desventaja de estos grupos vulnerables, la población en su conjunto carece de información suficiente para prevenir, detectar tempranamente y atender oportunamente al paciente con esquizofrenia, a ello se debe agregar que en nuestra cultura, como sucede en muchas otras, se percibe a la esquizofrenia como un estigma adicional para el paciente.

En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del 2002 (EEMSM-2002), realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” en 43 distritos de Lima y Callao, en una población de 2077 personas adultas nos da una prevalencia de 1% para los trastornos psicóticos (0.7 % masculino y 1.3 % femenino. Sin embargo no existe una información consistente, organizada y centralizada sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población peruana. (Ministerio de Salud, Hospital Hermilio Valdizan, Plan Operativo 2007). Existen otros estudios locales, como en Mendocita, (H. Rotondo et al. 1963); en Lince (J. Mariátegui et al. 1969), y el realizado en el distrito de Independencia por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (Hayashi, et al. 1985).

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM”HD-HN”) vienen ejecutando Estudios Epidemiológicos de Salud Mental en el ámbito nacional que investigan la prevalencia de los principales trastornos mentales y problemas psicosociales del país.

Hasta el momento se han realizado estas investigaciones en 17 ciudades del país, habiéndose realizado en las siguientes regiones: Lima 2002, sierra 2003 (Ayacucho, Huaraz, Cajamarca), selva 2004 (Iquitos, Pucallpa, Tarapoto), fronteras 2005 (Bagua, Puerto Maldonado, Puno, Tacna, Tumbes), costa 2006 (Arequipa, Ica, Trujillo, Piura, Chimbote), de Lima Rural y de Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana.

En un estudio realizado por MINSA titulado “Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú – 2004”, da como inicio a una nueva etapa en la tarea de determinar prioridades en el país superando así la forma tradicional de hacerlo con indicadores de mortalidad precoz. Las enfermedades neuro psiquiátricas tienen alto valor de AVISA (993,029 años de vida saludables perdidos) debido a que produce mayor discapacidad que mortalidad (89.7% de estos AVISA se debe a los AVD). El porcentaje de AVISA de estas afecciones en el Perú es de 18% y es tan alto como el de países desarrollados (22%) de los estudios de carga global de 1990 y del año 2020(proyección). Por lo elevado de los AVISA se sospecha que los valores de AVD pueden estar sobre estimados en este estudio.

PRAES-USAID (Promoviendo Alianzas y Estrategias) -(Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) en un estudio realizado en el 2004 y publicado en el 2006, menciona que el valor de la AVISA alcanzado por la Esquizofrenia ocupa un tercer lugar (53,772 años de vida saludables perdidos en el caso de los hombres y 48,579 en el caso de las mujeres).

En lo que respecta a la demanda nacional en los diferentes hospitales e Instituto dedicados a la atención de problemas de Salud Mental y

Psiquiatría, la esquizofrenia ocupa el primer lugar como causa de morbilidad en consultorios externos tanto en adolescentes, adultos y adultos mayores. En la atención por emergencia también se ubica en el primer lugar tanto en adolescentes como adultos. En la demanda por servicios de hospitalización la esquizofrenia vuelve a ocupar el primer lugar tanto en adolescentes, adultos y adultos mayores constituyéndose de esta manera en un importante problema de salud pública.

Las personas que sufren esquizofrenia poseen un amplio y variado rango de necesidades, que requieren el máximo control sobre sus síntomas con el mínimo discomfort, necesitan un techo donde cobijarse, soporte financiero, apoyo emocional de su familia, sus amigos, una ocupación satisfactoria que incremente su autoestima y crecimiento personal. Sin embargo, la triste realidad es que los servicios psiquiátricos no están organizados para responder a todas estas necesidades y los pacientes con sus familiares no se encuentran en una posición fuerte para demandar satisfacción de los servicios o para encontrar su camino a través de los procedimientos requeridos para movilizar la ayuda. Desde nuestro punto de vista, es esencial que el terapeuta tome el rol de organizar y administrar los servicios para los pacientes esquizofrénicos. Para cumplir este rol adecuadamente, el terapeuta necesita adoptar una visión ecléctica de la esquizofrenia y de las muchas dificultades que acarrea. Solamente después puede ser creado un servicio verdaderamente integrado.

ENFERMERIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

La enfermera especialista en salud mental y psiquiatría, es el profesional de Enfermería con estudios de post grado en el cual

profundiza los conocimientos científicos y tecnológicos acorde al avance de la ciencia y tecnología en el cuidado a las personas con trastornos en la salud mental en el servicio donde ejerce su labor y demuestra la eficacia de los modelos de atención con calidad.

De ahí que desarrolla el cuidado integral del paciente a través de un proceso interactivo utilizado como un instrumento terapéutico, durante la hospitalización. Esta participación activa como profesional cohesionador del equipo interdisciplinar facilita el poder canalizar las dificultades de manera adecuada. Es el nexo de unión entre el paciente y el resto del equipo, la familia y con los recursos externos asistenciales; constituye un recurso asistencial terapéutico que pretenden ser una herramienta facilitadora para la recuperación del paciente y orientación a la familia sobre los cuidados al paciente esquizofrénico en el hogar durante su proceso de recuperación y reincorporación social.

ATENCION DE ENFERMERÍA A PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

Educar a los pacientes y familiares con el fin de lograr la adherencia al tratamiento y la rehabilitación del paciente esquizofrénico es el objetivo principal de la Enfermería en Psiquiatría y norma la práctica de la Enfermería en Salud Mental. Dentro de ello tenemos:

OBJETIVOS A CORTO PLAZO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

- Nutrición suficiente, control de eliminación, reposo y sueño adecuado.
- Mantener al paciente en un ambiente de seguridad.
- Entablar comunicación y crear confianza.
- Ayudar al paciente a participar en las actividades programadas del servicio.

- Aumentar la capacidad del paciente para comunicarse con los demás.
- Disminución de las alucinaciones, delusiones y otros síntomas psicóticos.
- Reducir las conductas impulsivas.

OBJETIVOS A LARGO PLAZO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

- Aumentar la autoestima del paciente.
- Identificar y desarrollar las potencialidades del paciente para tener una mejor imagen de sí mismo.
- Alcanzar y mantener un nivel máximo de funcionamiento.
- Hacer que el paciente acepte y encare con eficacia a la enfermedad, la necesidad de seguir tomando los medicamentos y continuar en consultorios externos o clínica de día, así mismo reintegrarlo a su centro de labores.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ❖ Disminuir la conducta inhibida; proporcionar una actividad estructurada dirigida a objetivos:
 - Pasar el tiempo necesario con el paciente aun cuando éste no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente.
 - Dirigir nuestro interés y cuidado.
 - Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás.
 - Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad.
 - Asignar a los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente.

- Comenzar con interacciones una a una y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere (introducirlo lentamente).
 - Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicarle toda variación.
 - Mejorar la autoestima del enfermo y los sentimientos de valía
 - Proporcionarle atención en una forma sincera y con interés.
 - Apoyarle en todos sus éxitos cumplimiento de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, etc.
 - Ayudar al paciente a mejorar su aspecto ayudándolo cuando sea necesario, para que se bañe, se vista, procure el lavado de sus ropas interiores, etc.
- ❖ Orientar al enfermo en la realidad: Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo según sea necesario (llamarlo por su nombre, decirle el nombre de la enfermera, indicarle en dónde se encuentra, darle la fecha, etc.).
- ❖ Incrementar la capacidad del enfermo para diferenciar entre el concepto de sí mismo y el ambiente externo.
- Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es.
 - Valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de sensopercepción en una forma que esté apegada a los hechos.
 - No argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones ni tampoco darle apoyo para las mismas.
- ❖ Ayudar al paciente a restablecer los límites del yo:

- Permanecer con el paciente si tiene miedo; a veces tocar al paciente puede resultar terapéutico.
 - Evaluar la eficacia del uso del contacto físico en cada enfermo antes de usarlo en forma consistente.
 - Ser sencillo, honrado y conciso cuando se hable con el enfermo.
 - Hablar con el paciente de temas concretos y simples; evitar las discusiones ideológicas o teóricas.
 - Dirigir las actividades para ayudar al paciente a aceptar la realidad y a mantenerse en contacto con ella; usar la terapia recreativa ocupacional cuando sea apropiado.
- ❖ Asegurar un medio ambiente de seguridad para el enfermo.
- Reafirmar al enfermo que el medio ambiente tiene seguridad explicándole los procedimientos que se siguen en el servicio, las rutinas, las pruebas, etc., en una forma breve y simple.
 - Proteger al enfermo de tendencias autodestructivas.
 - Procurar que el paciente se percate de lo que de él se espera.

LA FAMILIA Y EL CUIDADO AL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

La familia es el entorno y soporte emocional más inmediato del paciente, ya que en el se producen las primeras experiencias e intercambios emocionales. Por lo que el profesional de enfermería dentro de su quehacer debe escuchar y entrevistar a la familia a fin de tener un nivel de información más amplio sobre la conducta o formas de comportamiento a adoptar ante los cambios de estados anímicos que se produce en el paciente con esquizofrenia para diseñar posteriores intervenciones y así poder orientar sobre cómo manejar al paciente en el hogar, teniendo en cuenta que a menudo resulta

estresante para la familia la presencia de un paciente durante su convalecencia, toda vez que introduce un elemento de cambio en el paciente y la dinámica familiar con su entorno. Por lo que hay que tener en cuenta que a veces se produce en relación con el entorno dificultades para contener la descompensación aguda del paciente.

De modo que para la mejora del cuidado del familiar responsable o cuidador del paciente con esquizofrenia, es necesario que el profesional de enfermería facilite a la familia un espacio de acogida que resulte tranquilizador y que le proporcione información del estado y la forma como debe abordar la conducta del paciente, contribuyendo al proceso de recuperación, disminución de complicaciones y mejora en su calidad de vida.

Toda vez que el profesional de enfermería debe tener en cuenta los conocimientos que poseen los familiares sobre el manejo del comportamiento y/o conducta del paciente esquizofrénico, así como la emoción expresada teniendo en cuenta que ello es producto del conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El cual puede ser codificado y/o almacenado de tal manera que no se pierda ninguna información; de modo que pueda ocasionar cambios de comportamiento que se produce para lograr un mejor control en el manejo y la respuesta ante los cambios súbitos de carácter del paciente en el hogar.

Por lo que los programas educativos, son acciones formativas de corta duración, que deben contribuir a incrementar no solo los conocimientos, sino también producir cambios conductuales frente al cuidado que debe proporcionar al paciente con esquizofrenia.

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más incapacitantes, ya que provoca dependencia del enfermo hacia su familia en mayor o menor grado. Por lo que se le considera como una enfermedad familiar, que se involucra como agente terapéutico, convirtiéndose en objeto de atención y apoyo por parte del equipo de salud mental.

El tipo de familia a la que pertenece un paciente, afecta su comportamiento y la velocidad de la recaída. A los padres, en particular las madres que han pasado años atendiendo a sus hijos, les resulta más fácil tolerar la conducta “infantil” o dependiente del paciente, que a la esposa que espera que el marido comparta con ella las responsabilidades de la vida adulta. Otras familias pueden encontrar muy difícil soportar algunos aspectos de la conducta del paciente, como la falta de higiene, el retraimiento social o que él nunca ofrezca hacerse cargo de alguna tarea, o permanezca sentado en silencio durante horas.

Muchos de esos problemas hay que experimentarlos en carne propia, para saber el impacto que producen; otros son hábitos cotidianos irritantes que desgastan y acaban con la paciencia y la comprensión. Por lo que con frecuencia ocasiona una sobrecarga en el ámbito familiar, ya que ello le ocasiona mayor tiempo de dedicación, desgaste de energía y recursos económicos que se necesita para atender a alguien que no puede valerse por sí mismo, y que en algunas ocasiones puede conllevar al abandono o renuncia al trabajo, generar stress y capacidad para entender las tensiones que produce convivir con un esquizofrénico.

De ahí que en la familia, cada uno de sus miembros, asumen la presencia del paciente esquizofrénico en el hogar, de diferente forma, sea este padre, hermano, hijo u otro tipo de afinidad o parentesco; ya que algunos pueden asustarse con la idea de cómo se trata una enfermedad mental, conllevándole a una estigmatización en la familia y tratar de ocultarla a los demás, recayendo con frecuencia de toda la responsabilidad del cuidado a la madre, quien debe instar al paciente a que se realice la higiene, tome los medicamentos, encuentre algo que hacer, entre otras actividades día tras día, semana tras semana, sin respiro.

Por lo que la intervención familiar aparece como el factor determinante para la educación de Expresividad Emocional (EE), mientras que la gravedad de la clínica productiva y el ajuste social del paciente condicionan los incrementos de la modificación de la expresividad emocional. De ahí que cuando el familiar responsable o cuidador no recibe información y entrenamiento, el enfermo puede enfermarlos a todos, y sólo cuando la familia está unida e informada puede contribuir a aliviar al paciente de sus manifestaciones derivadas de la enfermedad. Por lo que tiene que haber una reflexión personal y crítica para ofrecer nuevas formas de interpretar los problemas más visuales y ubicarlos desde la vivencia y la experiencia de quienes tienen que enfrentarse directamente a las dificultades cotidianas, por ser personas que conviven con este problema.

De ahí que hay que orientar hacia lo esencial, facilitando una estructura básica para el desarrollo de talleres con familiares y para el tratamiento directo de los problemas.

Según la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales, el 84% de las personas que padecen esquizofrenia viven con sus familiares, lo que afecta según esta asociación a un millón de personas. Por lo que es responsabilidad de los profesionales sanitarios asistir a los cuidadores principales.

De modo que los programas de intervención familiar para que sean efectivos y eficaces deben contar con una sólida base empírica que los avalan, es decir ser implementados y/o realizados por diversos grupos de expertos, sometido a revisiones y meta-análisis; para que señalen entre los beneficios de estas intervenciones la reducción de la frecuencia de recaídas, mayor adherencia al tratamiento, mayor rendimiento social y reducción de la expresividad emocional de los miembros de la familia del paciente esquizofrénico.

No cabe duda por lo tanto de que la implicancia de los familiares y su educación es una estrategia de tratamiento importante para el paciente esquizofrénico. En un estudio la intervención familiar para pacientes con esquizofrenia redujo las recaídas en un 20% aprox. ($r = 0.20$, CI 0.14-0.27) (25 estudios, 847 pacientes). (18).

La enfermera que labora en el área de salud mental debe dentro de sus actividades formular e implementar programas de educación para la salud dirigido a los familiares, ya que dentro de sus objetivos está educar a los familiares con el fin de no solo buscar cambios en sus comportamientos o conductas frente al cuidado del paciente en el hogar orientado a mejorar el cumplimiento con el tratamiento y la rehabilitación del paciente esquizofrénico.

El tratamiento de la esquizofrenia se basa en tres componentes principales; **medicamentosos** para aliviar los síntomas y prevenir las

recaídas; **educación e intervenciones psicosociales** para ayudar a los pacientes y familiares a enfrentar la enfermedad y complicaciones; y la **rehabilitación** para ayudar a los pacientes a reintegrarse en la comunidad y reanudar incluso sus ocupaciones. (Informe sobre la salud en el mundo, presentado en octubre del 2001 por la OMS, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard).

La esquizofrenia, es una enfermedad multicausal de condición heterogénea, por lo que es razonable combinar tratamientos sociales y biológicos. Las drogas neurolépticas brindan protección parcial contra el estrés ambiental, pero necesitan ser complementadas. El programa desarrollado en base a la emoción expresada de los familiares comienza con educación sobre la esquizofrenia para pacientes y familiares. Las sesiones familiares en el hogar corren paralelamente con grupos de familiares y pretenden mejorar la comunicación, enseñar habilidades para la resolución de problemas, minimizar el criticismo y la sobre involucración familiar, expandir las redes sociales y graduar las expectativas.

PSICOEDUCACION AL FAMILIAR - PACIENTE ESQUIZOFRENICO.

La psicoeducación como concepto fue comentado por primera vez en la literatura médica, en un artículo de John E. Donley "Psychotherapy and re-education" en The Journal of Abnormal Psychology, publicado en 1911. Sin embargo no fue sino hasta 30 años después que el primer uso de la palabra psicoeducación apareció en el título de un libro de literatura médica "The psychoeducational clinic" por Brian E. Tomlinson. New York, NY, US: Mac Millán Co, publicado en 1941.

La divulgación y el desarrollo del término psicoeducación en su forma actual se le atribuye ampliamente a la investigadora americana Carol M. Anderson en 1980, en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia, lo que se tradujo en disminuir las recaídas y los re-ingresos. Esa investigación también se enfocó en la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad. La psicoeducación surgió de la Psiquiatría al convocar diferentes disciplinas; psicología, pedagogía, educación, trabajo social, entre otras. La investigación de C.M. Anderson incluía técnicas del manejo del estrés más efectivas.

La psicoeducación familiar de Anderson pretende constituir al terapeuta en un **Ombudsman** o bisagra entre la familia y el servicio de atención. La psicoeducación según la terapia del comportamiento tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del reaprendizaje del paciente. En los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupo sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares.

En nuestro medio, el Dr. Humberto Rotondo Grimaldi (1915-1985) es quien con todo mérito puede ser considerado el iniciador, productor y ejecutor de las acciones de Psiquiatría Comunitaria en el Perú. En 1964 comienza las primeras acciones de seguimiento de casos, atención y control en la comunidad, con un programa de visitas domiciliarias efectuado por la enfermera, quien recibía el apoyo de los médicos residentes del Programa de Post Grado en Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Posteriormente,

en 1968, se inicia un programa educativo para familiares de pacientes, con la participación de la Lic. Gloria García, alumnas de enfermería y estudiantes de medicina del curso de Clínica Psiquiátrica de la UNMSM con el apoyo del Dr. Ethel Bazán.

Los procesos de desinstitucionalización de las dos últimas décadas han dado lugar a una nueva era en las relaciones terapéuticas entre familiares y profesionales de la salud mental. Además de pasar a ser los familiares del paciente un recurso terapéutico, es importante tener en cuenta la influencia del contexto familiar; entre ellas.

La **EMOCIÓN EXPRESADA** (EE), concepto publicado por George Brown y col. en 1972, lo define como las respuestas o reacciones más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos que pueden ser expresados por los familiares y más frecuente se evidencian en las recaídas. Al medir la Emoción Expresada mediante valores numéricos, las dificultades de adaptación y las recaídas resultan más frecuentes en enfermos y familias con valores altos. Entre las consistencias encontradas en familias con índices elevados destaca de manera especial, la falta de conocimientos respecto al trastorno.

Por lo que las emociones expresadas como potente predictor de recaídas sintomáticas; la carga emocional y económica que supone al hacerse cargo de un paciente crónico; y la insatisfacción manifestada por las familias por el trato recibido de los profesionales de la salud, ha producido un fuerte desarrollo de las Asociaciones de Auto-ayuda y que han centrado sus quejas en torno a tres mensajes:

- Las familias no son culpables de la enfermedad mental.

- Familiares y enfermos tienen derecho a recibir información sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Los tratamientos y recursos tradicionales para el enfermo mental crónico son inadecuados.

A los anteriores argumentos, Liberman (1993) añadió otros dos motivos que también contribuyeron al fuerte desarrollo producido por las intervenciones familiares, el desencanto sobre la eficacia de los neurolépticos, como recurso definitivo en el tratamiento de la esquizofrenia y el desarrollo de métodos conductuales y educativos para los problemas de salud mental.

Los movimientos de defensa de los familiares y el creciente reconocimiento del estrés experimentado por las familias al enfrentarse con la enfermedad y su influencia sobre el proceso de recuperación del paciente, han sido determinantes para que fueran consideradas aliadas en el proceso terapéutico de la esquizofrenia. Ello tajo consigo el desarrollo de diferentes modelos de intervención familiar, de los cuales las intervenciones familiares conductuales y las psicoeducativas han sido las más ampliamente utilizadas e investigadas, y las que más resultados prometedores han producido.

Las intervenciones psicoeducativas en familias de pacientes con esquizofrenia se dirigen a:

- Proveerles información acerca de la enfermedad del paciente y de su tratamiento.
- Mejorar los patrones de comunicación dentro de la familia.
- Aumentar las habilidades de la familia para resolver problemas.
- Mejorar las estrategias de contención de los familiares.

- Comprometer el involucramiento de los familiares en actividades sociales fuera del ámbito familiar.

Las intervenciones familiares que se han desarrollado desde los primeros años ochenta, tienen en común su encuadre dentro de la teoría de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977), desde donde potencian la toma regular de medicación y la reducción del estrés ambiental, más concretamente, de la Emoción Expresada familiar o EE. Esta variable, se muestra como el mejor predictor de recaídas en esquizofrenia, ya que el riesgo de recaída aumenta cuatro veces, aproximadamente, en los pacientes que vuelven, tras el alta hospitalaria, a un ambiente familiar con altos niveles de EE (Leff y Vaughn, 1985).

Los 4 principales modelos terapéuticos de intervención familiar en la esquizofrenia con mayor soporte experimental y sobre los que se han basado la mayoría de los estudios empíricos de seguimiento son:

- El paquete de intervenciones sociales (Kuipers, Leff, & Lam, 1992; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries, & Surgeon, 1982);
- El modelo psicoeducativo (Anderson et al., 1986);
- Las intervenciones cognitivo-conductuales (Barrowclough & Tarrier, 1992;
- Tarrier & Barrowclough, 1995); y
- La terapia conductual familiar (Falloon et al., 1985; Falloon, Laporta, Fadden, & Graham-Hole, 1993).

A pesar de la notable diversidad de intervenciones familiares en la esquizofrenia, y de los distintos enfoques terapéuticos de los que

parten, se aprecian rasgos u objetivos comunes, que Lam (1991) sintetizó en los siguientes:

- **Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias.** Se ha evitado culpabilizar a las familias, enfatizando sus intenciones positivas y asumiendo su deseo de ayudar; incluso cuando sus conductas de afrontamiento no parecen acertadas para los profesionales. Se respetan sus propias necesidades y se reconocen las cargas que les suponen los cuidados de un familiar esquizofrénico; al tiempo que les enseñan las mejores maneras de abordar todos los problemas.
- **Proporcionar estructura y estabilidad.** Se pretende establecer un ambiente terapéutico con contactos regulares y estables, que proporcione a la familia una estructura asistencial que les ayude ante la sensación de descontrol e impredecibilidad que puede generar la esquizofrenia. Del mismo modo, se resalta la necesidad de desarrollar climas familiares igualmente predecibles, estructurados y estables.
- **Centrarse en el «aquí y ahora».** Todos los paquetes de tratamiento se centran en trabajar con los problemas y con el estrés que encaran las familias, en identificar sus formas de afrontamiento y sus puntos fuertes y débiles. Además, se analizan las relaciones mutuas dentro de cada familia, y la forma cómo cada miembro percibe los problemas y ensaya un estilo individual de afrontamiento.
- **Utilización de conceptos familiares.** Se pretende establecer límites inter-personales e inter-generacionales claros, apoyando a la pareja paterna y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea necesario; y se establece una visión de la familia como un todo, analizando el efecto que le producen los distintos problemas que soporta.

- **Reestructuración cognitiva.** Con los componentes educativos de las intervenciones se intenta proporcionar a las familias un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias, y les ayude a ser más hábiles y a disponer de mejores recursos de afrontamiento. Se pone especial atención en exculpar al paciente de su sintomatología y en quitarle cualquier intencionalidad sobre la misma, especialmente sobre la negativa.
- **Aproximación conductual.** El trabajo clínico se centra en evaluar los recursos y necesidades de la familia, en establecer metas realistas, fijar prioridades, descomponer las metas en pequeños pasos conductuales, establecer tareas entre sesiones para realizar en casa y revisarlas. Todo ello generalmente bajo una estructura de solución de problemas.
- **Mejorar la comunicación.** Se pone especial cuidado en entrenar a las familias en solicitar los cambios a su familiar de un modo simple, claro y específico. Se pretende, además, que la comunicación sea un medio de corregir la erosión que producen los límites interpersonales dentro de la unidad familiar. El entrenamiento en expresiones de apoyo y de refuerzo es una de las técnicas frecuentemente utilizadas. Estos procedimientos comunicativos se entrenan por medio de ensayos de conducta previamente detallados, modelado, *feedback*, práctica repetida y generalización.

Tres generaciones de estudios de prevención de recaídas pueden identificarse en las últimas décadas (Linszen et al., 1998). La primera generación incluyó los estudios iniciales de la década de 1970 que compararon efectos de la medicación neuroléptica con placebo. La segunda se desarrolló a lo largo de 1980 y evaluó los efectos de la combinación de los tratamientos farmacológicos con las intervenciones psicosociales, fundamentalmente sobre las recaídas y la EE. La tercera generación de estudios, llevada a cabo en los años 90, buscó una

definición más precisa de la eficacia de distintos formatos terapéuticos y un mejor ajuste a los distintos momentos de la enfermedad (cronicidad, primeros episodios) y a las diferentes topografías familiares (baja y alta EE), así como una ampliación de las variables clínicas relevantes (carga familiar, calidad de vida, estilos de afrontamiento, necesidades familiares, etc.).

La mayoría de los estudios revisados han venido utilizando dos formatos principales: el modelo psicoeducativo de Anderson o el modelo de intervención conductual sugerido por Falloon. Los resultados indican que ambos son formatos igualmente válidos, entre los cuales no se han encontrado diferencias (Schooler et al., 1997). Ha habido discrepancias sobre la forma de administración de la intervención: unifamiliar a domicilio o multifamiliar en grupo. Los resultados indican que ambas modalidades son igualmente eficaces (Leff et al., 1989; Leff et al., 1990; McFarlane et al., 1995); lo cual anima al uso de formatos multifamiliares por sus beneficios sobre la socialización y extensión de redes de apoyo natural de las familias, así como por su menor costo y mayor facilidad de aplicación en entornos clínicos asistenciales naturales.

Las intervenciones familiares, combinadas con medicación neuroléptica de mantenimiento a dosis baja o estándar, han probado su eficacia en la reducción de la carga familiar, la sintomatología de los pacientes, la reducción de la EE, especialmente criticismo y agresividad, y la demora de recaídas y re hospitalizaciones; son rentables económicamente para los servicios sanitarios y han mostrado ya su eficacia en entornos clínicos asistenciales naturales y en distintas realidades culturales (Dixon et al., 2000).

La intervención familiar para pacientes con esquizofrenia redujo las recaídas en un 20% aprox. ($r = 0.20$, CI 0.14-0.27) (25 estudios, 847 pacientes). (Pitschel-Waltz G. y Cols. Schizopr Bull. 2001; 27: 73-92). En los estudios revisados, la duración de las intervenciones ha sido una variable muy cambiante, al haberse intentado formatos breves o muy breves que oscilaban entre 6 y 15 sesiones (Solomon, Draine, Manion, & Meisel, 1996; Solomon, Draine, Mannion, & Meisel, 1998; Szmukler, Herrman, Colusa, Benson, & Bloch, 1996; Vaughn et al., 1992); formatos prolongados de 2 ó 3 años (Hogarty et al., 1997; Hogarty et al., 1986; McFarlane et al., 1995; Rund et al., 1994; Xiong et al., 1994); y formatos intermedios, entre 9 y 18 meses (Leff et al., 1985; Leff et al., 1982; Linszen et al., 1996; Linszen et al., 1998; Randolph et al., 1994; Tarrier et al., 1988). Los resultados confirman lo inadecuado de las intervenciones breves; que las intervenciones de duración intermedia mantienen sus efectos durante un período de tiempo y luego remiten; y la indicación de intervenciones a largo plazo e incluso indefinidas. En todo caso, existe consenso en torno a la duración mínima de 9 meses ó 1 año y la duración óptima en torno a 2 años, con un apoyo posterior permanente aunque sea de «bajo tono» o a cierta distancia, de modo que la familia pueda sentir y tener siempre accesible el recurso.

De esta manera en el presente trabajo utilizaremos el **MODELO PSICOEDUCATIVO**, que tiene como propósito:

- ✓ Formar una alianza terapéutica: que promueva una relación de trabajo con el paciente y su familia.
- ✓ Proporcionar información de la enfermedad y el tratamiento.
- ✓ Fomentar un ambiente familiar, laboral y social apropiado.
- ✓ Integrar al paciente a sus roles.

- ✓ Buscar la continuidad en el tratamiento y vinculación institucional.

Los Programas Psicoeducativos consisten en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Hogarty, 1986). Debe redundar en primer término en beneficio del paciente, y su objetivo consiste en mejorar la calidad de vida de paciente y familia, creando ambientes bajos en estresores, y disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar.

La psicoeducación surge como una respuesta a las necesidades más integrales de abordaje de la esquizofrenia. El punto de partida lo constituyen las necesidades de las familias de pacientes esquizofrénicos. Un antecedente importante es el concepto de Emoción Expresada (EE) publicado por George Brown y col. en 1972. Emoción Expresada: en tanto más intolerantes, sobreinvolucrados (sentimientos o actitudes por parte del familiar, de desesperanza, auto sacrificio, sobreprotección...hacia el enfermo), hostiles (evaluación negativa del enfermo como persona) y críticos (evaluación negativa de la conducta del enfermo), son los familiares, más frecuentes son las recaídas, como ya lo mencionamos anteriormente. Lo que previene las recaídas es la capacidad potencial de convertir los conocimientos en acciones encaminadas a la rehabilitación del paciente.

Modalidades de psico educación.

- ❖ **Individual:** información y consentimiento informado.

- ❖ **Familiar:** orientación y apoyo; manejo psicoeducativo de una familia o multifamiliar.
- ❖ **Grupal:** manejo psicoeducativo comunitario.

Objetivos primarios de la Psico educación:

- Tomar conciencia de enfermedad.
- Cumplimiento terapéutico.
- Detección precoz de síntomas prodrómicos.

Objetivos Secundarios de la Psico educación

- Controlar el estrés.
- Evitar el uso y abuso de sustancias.
- Lograr regularidad en el estilo de vida.
- Prevenir la conducta suicida.

Objetivos de excelencia terapéutica:

- Incrementar el conocimiento y afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros.
- Mejorar la actividad social e interpersonal.
- Afrontar los síntomas residuales sub sindromáticos y el deterioro progresivo.
- Incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

El Modelo Psicoeducativo se concreta a lo largo de las siguientes fases del tratamiento:

- ***Conexión con las familias:*** Los contactos iniciales de los clínicos con los familiares son decisivos, porque contribuyen al

establecimiento de un vínculo terapéutico continuado. Esta etapa del tratamiento se realiza a través de cinco metas fundamentales que sientan las bases de todo el proceso de tratamiento; establecer una relación de trabajo auténtica con la familia que tenga por objeto la ayuda al paciente; comprender las cuestiones y problemáticas familiares, que podrían contribuir a generar el nivel de estrés del paciente o el de los miembros de su familia; comprender los recursos que tiene la familia, así como sus intentos pasados y presentes de hacer frente a la enfermedad; destacar e incrementar al máximo los puntos fuertes de la familia; y establecer las reglas y expectativas del tratamiento, mediante la elaboración de un contrato con metas específicas, asequibles y mutuas.

- **Taller psico educativo:** Está basado en la hipótesis de que la información ayuda a los familiares a adquirir sensación de control sobre un proceso, a veces caótico y aparentemente ingobernable. Se asocia con la disminución del miedo, la angustia y la confusión, ayuda a crear un ambiente más controlado y predecible, y permite establecer expectativas y planes realistas para el futuro. El taller se realiza a lo largo de una jornada intensiva, excluyendo al paciente y en un momento muy próximo al episodio psicótico. En sesiones posteriores los clínicos acaban compartiendo toda esta información con los pacientes. El contenido del taller se centra en cuatro elementos; definición de la esquizofrenia y su fenomenología; tratamientos psicosociales y farmacológicos; la familia y la esquizofrenia, necesidades, problemas comunes y acciones de afrontamiento eficaces; y preguntas sobre problemas específicos.

- **Reintegración a la sociedad:** Esta etapa se inicia en el momento del alta y dura hasta que el paciente se centra en los ámbitos laboral y social. Su duración viene determinada por la capacidad del paciente para reasumir responsabilidades en su familia. Las sesiones son individuales, se mantienen de forma periódica, normalmente cada dos semanas, a través del teléfono o por contactos en crisis (normalmente determinados por violencia, riesgo de suicidio o agudización sintomática), e insisten en el mantenimiento de la medicación, el establecimiento gradual de metas, el desarrollo de estrategias de convivencia y la detección de señales tempranas de recaída.
- **Rehabilitación social y profesional:** Es una continuación de la fase anterior centrada principalmente en el re-enganche del paciente en actividades sociales y laborales, y estructurada en componentes operativos.
- **Etapas final del tratamiento:** Tiene lugar cuando el paciente ha mostrado progresos en alcanzar sus metas de tratamiento y cuando estas ganancias se han mantenido durante un amplio período de tiempo. En ese momento, se plantean las opciones de continuar centrándose en las metas del contrato original; derivar hacia la realización de temas tradicionales de terapia familiar; reducir la frecuencia, aunque manteniéndolo para asegurar un funcionamiento continuado y proporcionar un sentido de apoyo permanente o terminar.

LA ENFERMERA EN LOS PROGRAMAS DE PSICOEDUCACION

Mucho se ha discutido sobre el papel protagónico de alguno de los

profesionales de la salud en los programas psicoeducativos, por un lado unos sostienen que el valor de la actividad del médico es fundamental, otros que el aporte del psicólogo es trascendental, lo cierto es que la labor en la rehabilitación de un enfermo esquizofrénico lo realiza el equipo multidisciplinario de la salud. Un objetivo fundamental de la Enfermería es la educación para la salud mental, física y social del individuo labor que la realiza desde su formación.

Si partimos del hecho que la Enfermería como servicio humano que es, aborda los problemas de salud y autocuidados del paciente, familia y comunidad; en el caso concreto de la psicosis abogamos por una intervención individual, familiar y grupal, parece obvio que en nuestra práctica estamos considerando muy especialmente el trabajo con el paciente y su familia. Y si esto es así, la enfermera de salud mental debe conocer qué hechos se producen en el seno familiar que interfieren su proceso de salud y qué déficit de autocuidado se ponen de manifiesto, para abordarlos desde la perspectiva de la enfermera.

Desde aquí, surgen los Programas de Intervención Psicosocial que, entre otros objetivos, están dirigidos a decrecer el nivel de comunicación desviada y Expresión Emocional e incrementar la comunicación familiar y la capacidad de los miembros para establecer estrategias de afrontamiento y resolución de problemas. Siendo el tratamiento psicoeducacional familiar y el entrenamiento en habilidades sociales los que están siendo aplicados con más éxito a pacientes diagnosticados con esquizofrenia, así tenemos que:

Con el entrenamiento en Habilidades Sociales:

- Capacitamos al paciente en habilidades de expresión, comunicación y asertividad.

- Capacitamos al sujeto para la resolución de problemas de la vida cotidiana.
- Fomentamos la adquisición y desarrollo de las habilidades y competencias necesarias para un adecuado desenvolvimiento en las interacciones sociales cotidianas.
- Fomentamos el desarrollo de actividades a realizar en su entorno a través del uso y manejo de recursos sociales, comunitarios y actividades de ocio y tiempo libre.

Con la Psi coeducación

- Damos información significativa para promover la comprensión del trastorno mental (características, factores estresantes, detección de pródromos, factores de riesgo y protección que ayuden a prevenir las recaídas).
- Damos a conocer los diferentes servicios de apoyo comunitario y recursos tanto sanitarios como sociales.
- Fomentamos cambios actitudinales que favorezcan la aceptación del paciente en su medio socio-familiar.

2.3. HIPOTESIS

H₀: El Programa Psico educativo no es efectivo en el incremento de conocimientos en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos Hospital Hermilio Valdizan 2013.

H₁: Es efectivo el Programa Psico educativo en el incremento de conocimientos en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos Hospital Hermilio Valdizan 2013.

H₀: El Programa Psico educativo no es efectivo en las emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos Hospital Hermilio Valdizan 2013.

H₁: Es efectivo el Programa Psico educativo en las emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos Hospital Hermilio Valdizan 2013.

2.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Efectividad de un Programa Psicoeducativo en el incremento de conocimientos en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos: Es la respuesta expresada de los familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos sobre el incremento de conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo; luego de su participación en el desarrollo del programa psico educativo. El cual fue obtenido a través de un formulario tipo cuestionario aplicado antes y después de la intervención educativa, valorando los resultados en conoce y no conoce.

Efectividad de un Programa Psicoeducativo en las emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes: Es la respuesta expresada de los familiares sobre la conducta a tomar frente al paciente esquizofrénico, luego de su participación en el programa psico educativo. El cual fue obtenido a través de una escala antes y después de la intervención educativa, valorando los resultados en presente y ausente.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel aplicativo, ya que se originó en la realidad para transformarla; tipo cuantitativo en razón a que se le asignó un valor numérico a la variable de estudio; método cuasi experimental de un solo diseño ya que va a permitir presentar la información tal y como se obtuvo antes y después de la aplicación de la variable independiente, en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Hermilio Valdizán que está ubicado en el distrito de Ate Vitarte de la Provincia de Lima, a la altura del Km 3.5 de la Carretera Central. Es un establecimiento del tercer nivel de atención, de alta complejidad, cuyo fin es brindar atención especializada en el campo de la Psiquiatría y Salud Mental que contribuyan al bienestar biopsicosocial de la población en concordancia con las normas y disposiciones emitidas por el sector.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformado por 20 familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el pabellón 4.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos hospitalizados.
- Familiares con nivel de estudio secundario.
- Familiares que no presenten problemas de salud física y/o mental que sea impedimento de recibir educación.
- Familiares que acepten participar en el estudio

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Familiares que no completen el instrumento

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y los instrumentos fueron un cuestionario y una escala, los cuales han sido validados por el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Nogushi como parte del Manual de Psicoeducación para familiares del paciente con esquizofrenia. (Anexo B). Los cuales fueron modificados y sometidos a juicio de expertos, siendo sometido sus resultados a la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial (Anexo D). Posterior a ello se realizó la prueba piloto a fin de aplicar la validez estadística mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson (Anexo G) y para la confiabilidad estadística se aplicó la prueba de Kuder de Richardson. (Anexo H).

El Manual del Programa Psico educativo a familiares de pacientes..... esquizofrénicos crónicos, comprende 9 sesiones de 1 hora y media de duración cada una, a razón de una sesión semanal; dentro de estas

sesiones tenemos una sesión inaugural, 07 sesiones de conocimiento respecto a la esquizofrenia y 01 sesión de clausura, todas llevadas a cabo mediante dinámicas multifamiliares, con el objetivo de incrementar los conocimientos de los familiares sobre la enfermedad y reducir la actitud negativa hacia el paciente esquizofrénico por parte de ellos, logrando disminuir el impacto del estrés generado por el ambiente en aquellos que presentan la enfermedad.

3.6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel, previa elaboración de la Tabla de Códigos (Anexo E) y Tabla Matriz de Datos (Anexo F). Los resultados fueron presentados en gráficos y tablas estadísticas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, porcentajes y frecuencias absolutas, valorando la variable conocimiento en conoce y no conoce; mientras que la variable emociones expresadas en presente y ausente (Anexo I).

Para comprobar la hipótesis se aplicó la prueba de t de student en la variable de conocimientos y emociones expresadas. (Anexo T).

3.7. CONSIDERACIONES ETICAS

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización... de la institución y el consentimiento informado de los sujetos de estudio, expresándole el carácter anónimo y confidencial de la información. (Anexo C).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

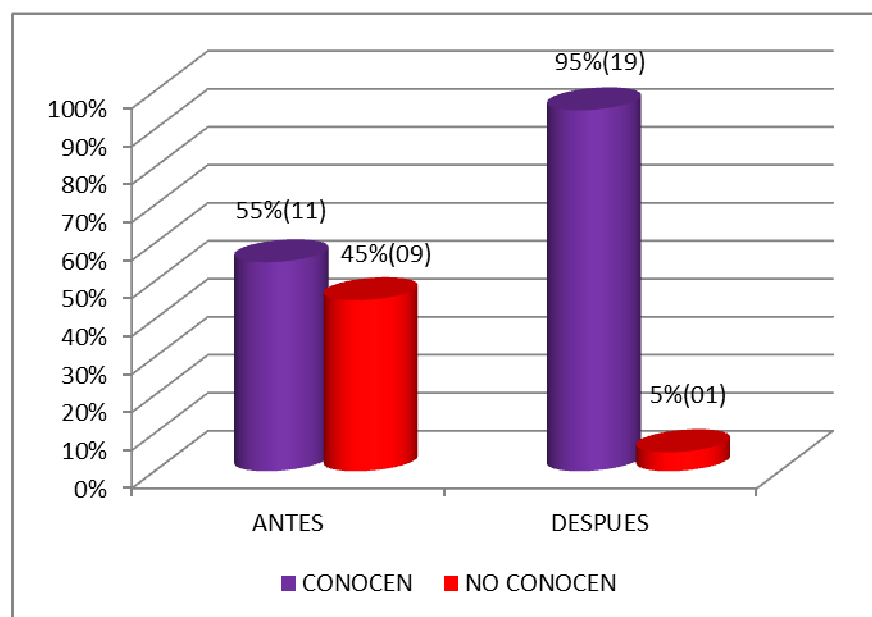
Luego de la recolección de datos, éstos fueron procesados previa elaboración de la tabla de códigos; siendo presentado los resultados en gráficos y/o tablas estadísticas para el análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

4.1. RESULTADOS

En cuanto a los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico antes y después del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizán, del 100% (20), antes del programa 55% (11) conocen y 45% (9) no conocen (Grafico N°1, Anexo K). Los aspectos que conocen; 80% (16) manifiestan que existe un tipo de enfermedad mental y en forma grave, 70% (14) que la esquizofrenia puede presentarse de forma diferente de una persona a otra, 80% (16) que la persona con esquizofrenia presenta periodos de recuperación y recaídas, 70% (14) los medicamentos usados para la esquizofrenia y 55% (11) muchas veces se observa que el paciente con esquizofrenia se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal y para acostado todo el día. Los aspectos que no conocen el 70% (14) refieren los medicamentos que el paciente ha tomado anteriormente para el tratamiento de la enfermedad, 80% (16) lo que hizo cuando el medicamento le choco, 70% (14) que hay algo que le

GRAFICO N° 1

**CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES
DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO ANTES Y DESPUES
DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
LIMA – PERU
2014**



$T_{CAL}: 7.29 > T_{TAB.1.72} = \text{rechaza la } H_0$

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

molesta de la conducta del paciente, y 50% (10) que la enfermedad mental se desarrolla lentamente y puede ser reconocida en sus comienzos. (Anexo L). Luego de la aplicación del programa 95% (19) conocen y 5% (1) no conocen. (Grafico N° 1, Anexo K). Los aspectos que conocen 70% (14) expresa que la persona con esquizofrenia presenta periodos de recuperación y recaídas, 70% (14) los comportamientos que observa en el paciente se caracteriza por tendencia a aislarse, perdida transitoria de hábitos de higiene, poca actividad, y 65% (11) que la esquizofrenia es causada por herencia; mientras que los aspectos que no conocen 60% (12) manifiesta que

TABLA N° 1

**CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES
DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO SEGÚN ITEMS ANTES
DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
LIMA – PERU
2014**

ITEMS	CONOCE		NO CONOCEN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. La enfermedad mental no es una desgracia o afección misteriosa.	10	50%	10	50%	20	100%
2. Sólo existe un tipo de enfermedad mental y en forma grave.	16	80%	4	20%	20	100%
3. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra que necesita tratamiento oportuno.	17	85%	3	15%	20	100%
4. Generalmente, la enfermedad mental se desarrolla lentamente y puede ser reconocida en sus comienzos.	10	50%	10	50%	20	100%
5. Algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio, otras hospitalización en período de crisis.	18	90%	2	10%	20	100%
6. Los hospitales psiquiátricos son lugares destinados a la hospitalización permanente de los enfermos mentales.	4	20%	16	80%	20	100%
7. La persona con esquizofrenia presenta períodos de recuperación y recaídas.	16	80%	4	20%	20	100%
8. La esquizofrenia puede presentarse de forma diferente de una persona a otra.	14	70%	6	30%	20	100%
9. La esquizofrenia se inicia generalmente en la adolescencia o juventud.	16	80%	4	20%	20	100%
10. La esquizofrenia es causada por herencia.	4	20%	16	80%	20	100%
11. Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente tratamiento médico, "pastillas" y apoyo de la familia	19	95%	1	5%	20	100%
12. Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente apoyo familiar permanentemente.	18	90%	2	10%	20	100%
13. Los comportamientos que usted ha observado en su paciente lo caracterizan por.....	1	5%	19	95%	20	100%

14. Las recaídas en el paciente pueden presentarse por.....	4	20%	16	80%	20	100%
15. Los medicamentos usados para la esquizofrenia	14	70%	6	30%	20	100%
16. Los medicamentos que su paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad.....	1	5%	19	95%	20	100%
17. Los medicamentos que su paciente ha tomado anteriormente para el tratamiento de la enfermedad	6	30%	14	70%	20	100%
18. Estos medicamentos que le indicaron, le “chocaron” alguna vez	6	30%	14	70%	20	100%
19. Que hizo usted cuando le “choco” la medicina	4	20%	16	80%	20	100%
20. Si hay algo que le moleste de la conducta de su paciente, usted.....	6	30%	14	70%	20	100%
21. Si su paciente se siente mejor y manifiesta que no necesita continuar con el tratamiento, usted.....	8	40%	12	60%	20	100%
22. Muchas veces se observa que el paciente con esquizofrenia se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal, para acostado todo el día, usted piensa que es.....	11	55%	9	45%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

cuando el paciente se siente mejor no necesita continuar el tratamiento, 80% (16) lo que hace cuando el paciente presenta efectos por el tratamiento y 70% (14) que la enfermedad mental es una desgracia o afección misteriosa. (Anexo M). Al aplicar la prueba t de student para comprobar la hipótesis se obtuvo una $t_{cal} 7.29 > t_{tab} 1.72$, por lo que se rechaza la hipótesis nula, aprobándose la hipótesis de estudio es decir que es efectivo el programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos de los familiares cuidadores sobre la enfermedad y tratamiento del paciente esquizofrénico.

Respecto a los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psicoeducativo, del 100% (20), 55% (11) conocen y 45% (9) no conocen (Anexo K). Los ítems que conocen 90% (18) manifiestan que algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio y otras

TABLA N° 2

**CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES
DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO SEGÚN ITEMS DESPUES
DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
LIMA – PERU
2014**

ITEMS	CONOCE		NO CONOCEN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. La enfermedad mental no es una desgracia o afección misteriosa.	6	30%	14	70%	20	100%
2. Sólo existe un tipo de enfermedad mental y en forma grave.	11	55%	9	45%	20	100%
3. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra que necesita tratamiento oportuno.	11	55%	9	45%	20	100%
4. Generalmente, la enfermedad mental se desarrolla lentamente y puede ser reconocida en sus comienzos.	14	70%	6	30%	20	100%
5. Algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio, otras hospitalización en período de crisis.	19	95%	1	5%	20	100%
6. Los hospitales psiquiátricos son lugares destinados a la hospitalización permanente de los enfermos mentales.	12	60%	8	40%	20	100%
7. La persona con esquizofrenia presenta períodos de recuperación y recaídas.	14	70%	6	30%	20	100%
8. La esquizofrenia puede presentarse de forma diferente de una persona a otra.	18	90%	2	10%	20	100%
9. La esquizofrenia se inicia generalmente en la adolescencia o juventud.	13	65%	7	35%	20	100%
10. La esquizofrenia es causada por herencia.	11	55%	9	45%	20	100%
11. Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente tratamiento médico, "pastillas" y apoyo de la familia	18	90%	2	10%	20	100%
12. Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente apoyo familiar permanentemente.	20	100%	0	0%	20	100%
13. Los comportamientos que usted ha observado en su paciente lo caracterizan por.....	14	70%	6	30%	20	100%

14. Las recaídas en el paciente pueden presentarse por.....	17	85%	3	15%	20	100%
15. Los medicamentos usados para la esquizofrenia	18	90%	2	10%	20	100%
16. Los medicamentos que su paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad.....	19	95%	1	5%	20	100%
17. Los medicamentos que su paciente ha tomado anteriormente para el tratamiento de la enfermedad	6	30%	14	70%	20	100%
18.Estos medicamentos que le indicaron, le “chocaron” alguna vez	6	30%	14	70%	20	100%
19.Que hizo usted cuando le “choco” la medicina	4	20%	16	80%	20	100%
20. Si hay algo que le moleste de la conducta de su paciente, usted.....	6	30%	14	70%	20	100%
21. Si su paciente se siente mejor y manifiesta que no necesita continuar con el tratamiento, usted.....	8	40%	12	60%	20	100%
22. Muchas veces se observa que el paciente con esquizofrenia se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal, para acostado todo el día, usted piensa que es.....	11	55%	9	45%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

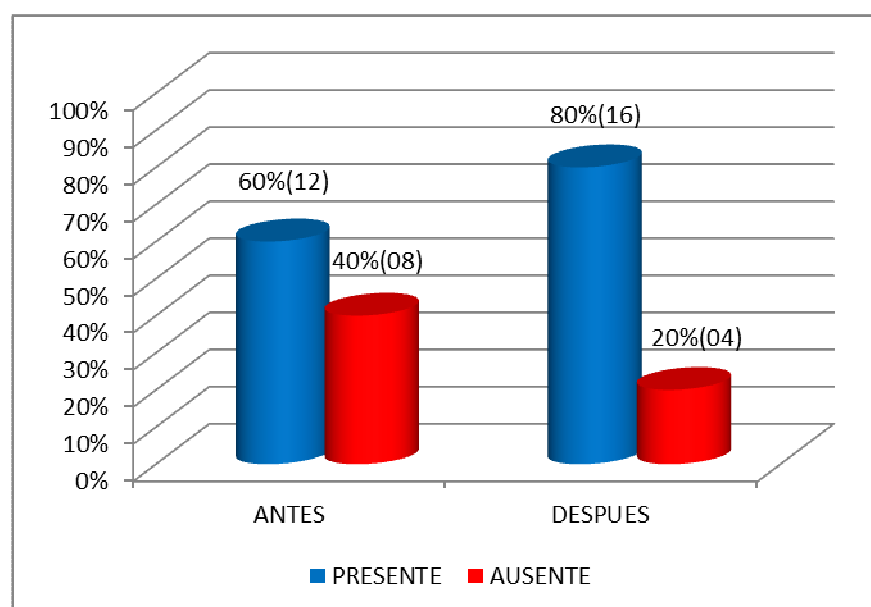
hospitalización en periodos de crisis, 80% (16) la esquizofrenia se inicia generalmente en la adolescencia o juventud, 95% (19) para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente de tratamiento médico, pastillas y apoyo de la familia, y 90% (18) que para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente de apoyo familiar permanente; y los ítems que no conocen 80% (16) expresan que los hospitales psiquiátricos son lugares destinados a la hospitalización permanente de los enfermos mentales, que la esquizofrenia es causada por herencia, 80% (16) que las recaídas en el paciente pueden presentarse, y 95% (19) los medicamentos que su paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad. (Tabla N° 1, Anexo L).

Respecto a los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psicoeducativo, del 100% (20), 95% (19) conocen y 5% (1) no conocen. (Tabla N°2, Anexo K). Los ítems que conocen están referidos a que 95% (19) manifiestan que algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio y otras hospitalización en periodo de crisis, 100% (20) que para la recuperación de un paciente se requiere básicamente de apoyo familiar, 95% (19) los medicamentos que el paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad, 90% (18) los medicamentos más usados para la esquizofrenia, y 85% (17) por que se producen las recaídas; mientras que los ítems que no conocen 70% (14) expresan sobre los medicamentos que el paciente ha tomado antes para el tratamiento de la enfermedad, 70% (14) la conducta a seguir en caso de que los medicamentos le produzca algún efecto no deseado, 70% (14) lo que le molesta de la conducta del paciente, y 70% (14) que la enfermedad mental no es una desgracia o afección misteriosa. (Tabla N°2, Anexo M).

Acerca de las emociones expresada que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico antes y después del programa psicoeducativo, del 100% (20); antes de la implementación del programa 60% (12) está presente y 40% (8) ausente. (Grafico N° 2, Anexo N). Los aspectos que están presentes el 100% (20) manifiestan que cuando sale el paciente esquizofrénico tienen cuidado de que lo haga acompañado, 60% (12) cuando realice una actividad en casa no lo dejan que lo realice solo, 90% (18) lo cuidan siempre a su familiar desde que inició la enfermedad, y 70% (14) hace de todo por su familiar enfermo ya que no sabe lo que hace; y los aspectos ausentes 75% (15) se molesta cuando está desganado el paciente, 75% (15) por la tranquilidad familiar prefiere mantenerlo encerrado en su cuarto,

GRAFICO N° 2

**EMOCIONES EXPRESADAS QUE TIENEN LOS FAMILIARES
CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO
ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO EN EL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN
LIMA – PERU
2014**



$T_{CAL}: 6.55 > T_{TAB.1.72} = \text{rechaza la } H_0$

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

60% (12) le han llegado a cansar las continuas recaídas del familiar enfermo que siente ganas de internarlo, y a 80% (16) le da cólera que no entienda claramente lo que se le quiere decir el familiar enfermo. (Anexo O). Después de la implementación del programa, las emociones expresadas por los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico del 100% (20), 80% (16) está presente y 20% (4) ausente. (Grafico N° 2, Anexo N). Los ítems que están presentes está referido a que 90% (18) expresan su responsabilidad de que el familiar enfermo permanezca tranquilo descansado en casa, 80% (16) que

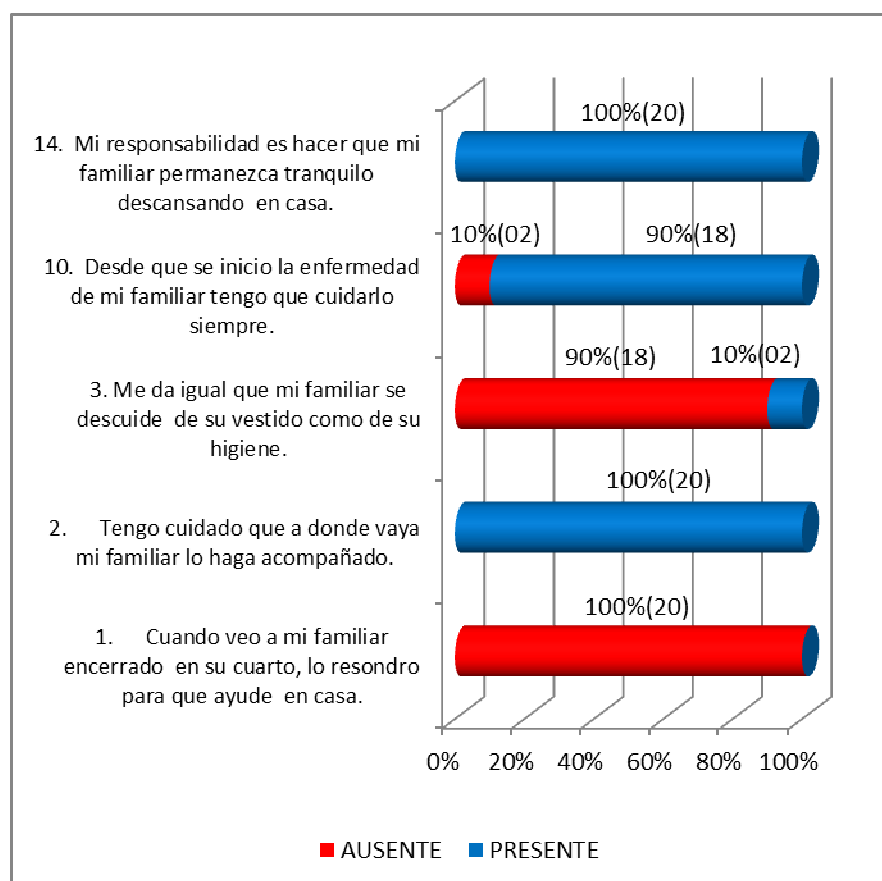
saben que la enfermedad de su familiar es incurable y 85% (17) le advierten constantemente a su familiar para evitar que pueda cometer imprudencias; mientras que los aspectos ausentes; 80% (16) manifiestan no sentir vergüenza de que el familiar enfermo deje de hacer cosas desagradables, 75% (15) que por la enfermedad del familiar no pueden hacer nada ya que es un caso perdido, 75% (15) deja al familiar solo por su cuenta, y 65% (13) ya no siente la mortificación que antes. (Anexo P). Para comprobar la hipótesis de estudio se aplicó la prueba t de student encontrándose que el $t_{cal} 6.55 > t_{tab} 1.72$, por lo que se rechaza la hipótesis nula, aprobándose la hipótesis de estudio es decir que es efectivo el programa psicoeducativo en las emociones expresadas del familiar cuidador del paciente esquizofrénico.

En cuanto a las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psico educativo; los ítems que están presentes, el 100% (20) manifiesta la responsabilidad de que el familiar enfermo permanezca tranquilo en casa, 90% (18) que desde el inició la enfermedad del familiar siempre tienen que cuidarlo, y 100% (20) que tienen cuidado que a donde vaya el familiar lo haga acompañado; y los ítems ausentes el 100% (20) expresan que no le resonarán cuando su familiar permanece encerrado en su cuarto y 90% (18) le da igual que su familiar se descuide en su vestido e higiene. (Grafico N° 3, Anexo O).

Respecto a las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psico educativo; los ítems que están presentes 90% (18) manifiestan que constantemente tienen que advertirle sobre las imprudencias que puede cometer, 80% (16) tienen cuidado de

GRAFICO N° 3

EMOCIONES EXPRESADAS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO SEGÚN ITEMS ANTES DEL PROGRAMA PSICO EDUCATIVO EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN LIMA – PERU 2014

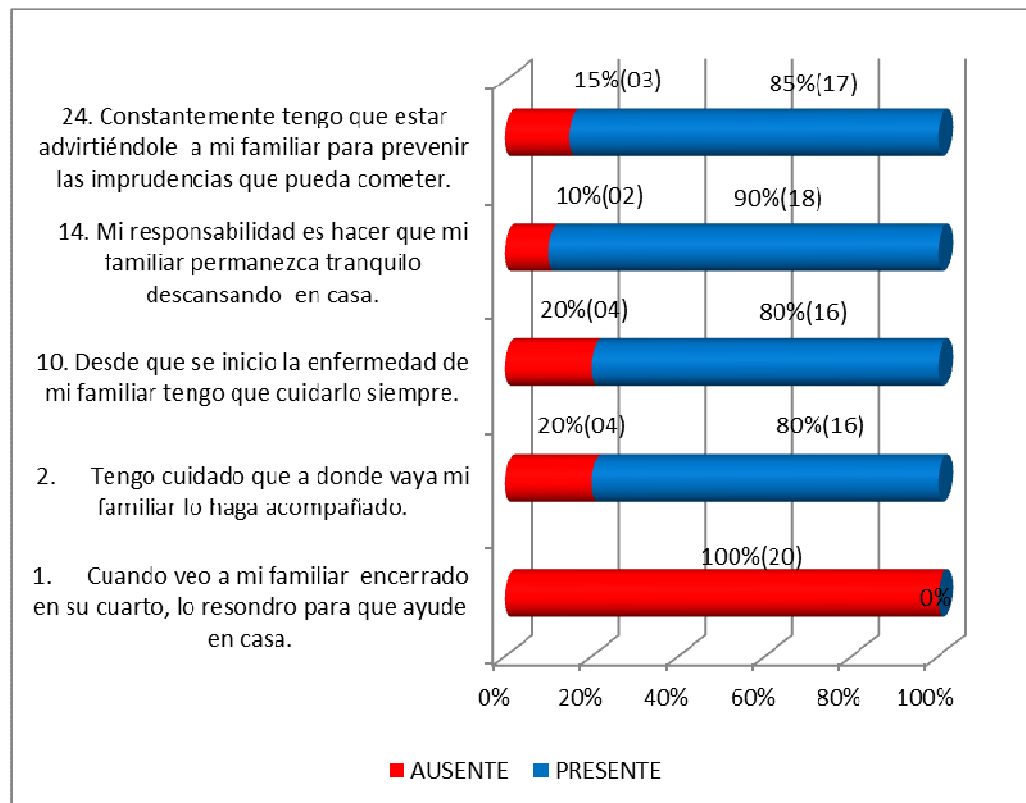


Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

acompañarlo a donde vaya el familiar y 80% (16) es responsable de proporcionar un ambiente tranquilo en casa; y los ítems que están ausentes 100% (20) expresan que ya no resondran al familiar cuando permanece encerrado en el cuarto, y 10% (2) cuidarlo siempre desde que se inició la enfermedad. (Grafico N° 4, Anexo P).

GRAFICO N° 4

EMOCIONES EXPRESADAS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO SEGÚN ITEMS DESPUES DEL PROGRAMA PSICO EDUCATIVO EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN LIMA – PERU 2014



Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

4.2. DISCUSION

El incremento de las enfermedades que afectan la salud mental durante los últimos años, dentro del cual se encuentra la esquizofrenia, ésta es considerada como un trastorno mental de carácter grave y curso clínico variable con una recuperación sintomática y social en una tercera parte de los casos. Sin embargo, debido a que su evolución es

crónica o recurrente, con síntomas residuales y tiene una recuperación social crónica, constituye un importante problema de salud pública.

La prevalencia de la esquizofrenia se estima actualmente entre el 0.5 y el 1%, y a nivel mundial, se estima que aproximadamente 24 millones de personas padecen esquizofrenia a lo largo de su vida; y se coloca en el cuarto lugar dentro de los grupos diagnósticos más frecuentes y entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre 18 y 44 años.

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que se caracteriza por alteraciones graves en diferentes funciones mentales; suele iniciarse entre los 15-25 años en los varones, y entre los 25-35 años en las mujeres, aunque también puede comenzar en la infancia o en personas mayores. Inicialmente, la persona afectada suele presentar aislamiento social, desconfianza, dificultad para concentrarse, ansiedad y ánimo depresivo. El inicio de la enfermedad puede ser súbito o progresivo. La evolución es variable, por lo general se presentan exacerbaciones periódicas (recaídas) con remisión parcial entre las mismas.

Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas que afectan al ser humano, es una de las más incomprendidas e ignoradas por los sistemas de salud y rechazadas por la sociedad. Toda vez que los pacientes con esquizofrenia no sólo sufren el rechazo de la gente, sino la ignorancia de algunos profesionales de la salud; ya que no sólo son relegados en sus domicilios, sino también en los consultorios médicos e incluso en los servicios de hospitalización para pacientes con trastornos mentales, se prefiere internar a un paciente deprimido que a un paciente esquizofrénico en episodio psicótico.

De ahí que esta enfermedad no ha recibido la atención que merece como problema de salud mental, debido al desconocimiento que se tiene en todos los sectores de la población, en los que se incluye a los profesionales de la salud.

Al respecto Rummel-Kluge, Christine; Kissling Werner; (2008) en su estudio concluyeron que *“la psicoeducación de los pacientes con esquizofrenia y sus familias pueden reducir las tasas de recaída de estos pacientes con intervenciones a largo plazo en las familia (es decir, con una duración de más de 3 meses)”*. Asimismo De Groot L, Lloyd C, King R.; (2003) concluyeron *“que la participación de la familia en un breve programa de psicoeducación familiar múltiple no redujo el número o la duración de los ingresos de los jóvenes. No hubo impacto en el nivel de atención a las familias que asistieron al programa de psicoeducación, sin embargo, este grupo mostraron cierta evidencia de un mayor conocimiento y comprensión de los servicios en comparación con el grupo control”*. Del mismo modo Vallina Fernández, Óscar; Lernos Giráldez, Serafín; (2002), concluyeron que *“la psicoeducación, como único procedimiento de intervención familiar en la esquizofrenia, resulta insuficiente para mejorar la evolución del trastorno; sin embargo es de utilidad para la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, para modificar actitudes y para lograr la cooperación terapéutica. Para amplificar sus efectos y facilitar la obtención de beneficios.*

Por lo expuesto según los datos obtenidos en el estudio se puede concluir que los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico antes y después del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizán, el mayor porcentaje antes del programa conocen que existe un tipo de enfermedad mental y en

forma grave, que la esquizofrenia puede presentarse de forma diferente de una persona a otra, que la persona con esquizofrenia presenta periodos de recuperación y recaídas, los medicamentos usados, y se observa que el paciente se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal y para acostado todo el día; seguido de un porcentaje considerable que no conocen los medicamentos que el paciente tomo antes, lo que hizo cuando el medicamento le choco, lo que le molesta de la conducta del paciente, y que la enfermedad mental se desarrolla lentamente y puede ser reconocida en sus comienzos. Después de la aplicación del programa, la mayoría conoce que la persona con esquizofrenia presenta periodos de recuperación y recaídas, los comportamientos se caracteriza por tendencia a aislarse, perdida transitoria de hábitos de higiene, poca actividad, y que es causada por herencia; seguido de un mínimo porcentaje de familiares que no conocen que cuando el paciente se siente mejor no necesita continuar el tratamiento, lo que se debe realizar en caso de efectos no deseados en el tratamiento, y que la enfermedad mental es una desgracia o afección misteriosa. Por lo que al aplicar la prueba t de student se acepta la hipótesis de estudio, es decir que es efectivo el programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos de los familiares cuidadores sobre la enfermedad y tratamiento del paciente esquizofrénico; lo cual le puede conllevar a disminuir el riesgo a complicaciones toda vez que la familia constituye no solo un soporte social en el paciente sino también en la continuidad del tratamiento del paciente en el hogar promoviendo la adherencia y la integración progresiva a entorno social.

Las personas que sufren esquizofrenia poseen un amplio y variado rango de necesidades, que requieren el máximo control sobre sus síntomas con el mínimo discomfort, necesitan un techo donde cobijarse,

soporte financiero, apoyo emocional de su familia, sus amigos, una ocupación satisfactoria que incremente su autoestima y crecimiento personal. Sin embargo, la triste realidad es que los servicios psiquiátricos no están organizados para responder a todas estas necesidades y los pacientes con sus familiares no se encuentran en una posición fuerte para demandar satisfacción de los servicios o para encontrar su camino a través de los procedimientos requeridos para movilizar la ayuda.

De modo que la familia es el entorno y soporte emocional más inmediato del paciente, ya que en él se producen las primeras experiencias e intercambios emocionales. Por lo que el profesional de enfermería debe escuchar a la familia para tener una información más amplia sobre la conducta o formas de comportamiento que adopta la familia ante los cambios de estados anímicos que se produce, para diseñar intervenciones educativas tendentes a orientar sobre el manejo del paciente en el hogar, teniendo en cuenta que a menudo resulta estresante para la familia la presencia de un paciente durante su convalecencia, que altera la dinámica familiar.

Siendo importante que el profesional de enfermería facilite a la familia un espacio que resulte tranquilizador y le proporcione información del estado y la forma como debe abordar la conducta del paciente, contribuyendo al proceso de recuperación, disminución de complicaciones y mejora en su calidad de vida.

En ese sentido Rummel-Kluge, Christine; Kissling Werner; (2008) en su estudio concluyeron que *“la psicoeducación de los pacientes con esquizofrenia y sus familias pueden reducir las tasas de recaída de estos pacientes con intervenciones a largo plazo en las familia (es decir, con una duración de más de 3 meses)”*. Por lo que acerca de los

datos obtenidos en el estudio sobre los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psicoeducativo, se puede concluir que el mayor porcentaje conocen que algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio y otras hospitalización en periodos de crisis, que la esquizofrenia se inicia generalmente en la adolescencia o juventud, para la recuperación se requiere básicamente de tratamiento médico, pastillas y apoyo de la familia, y que para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere de apoyo familiar permanente; sin embargo un porcentaje considerable de familiares no conocen que los hospitales psiquiátricos son lugares destinados a la hospitalización permanente de los enfermos mentales, que es causada por herencia, que las recaídas en el paciente pueden presentarse, y los medicamentos que su paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad; lo cual le puede conllevar a recidivas o complicaciones derivado del abandono del tratamiento y/o falta de adherencia al tratamiento, predisponiéndole a estancia hospitalaria prolongada e incremento de los costos; así como un mayor deterioro de las funciones mentales y su proceso de reinserción social y laboral.

Los programas psico educativos, son acciones formativas de corta duración, que deben contribuir a incrementar no solo los conocimientos, sino también producir cambios conductuales frente al cuidado que debe proporcionar al paciente con esquizofrenia; ya que en muchas ocasiones es una de las enfermedades más incapacitantes que provoca mayor dependencia hacia su familia. Por lo que se le considera como una enfermedad familiar, en el que se involucra como agente terapéutico, convirtiéndose en objeto de atención y apoyo por parte del equipo de salud mental.

A los padres, en particular las madres que han pasado años atendiendo a sus hijos, les resulta más fácil tolerar la conducta dependiente del paciente, que la esposa que con frecuencia espera que el paciente enfermo comparta responsabilidades que muchas veces no la puede asumir. Otras familias pueden encontrar muy difícil soportar algunos aspectos de la conducta del paciente, como la falta de higiene, el retraimiento social o que él nunca ofrezca hacerse cargo de alguna tarea, o permanezca sentado en silencio durante horas. Por lo que con frecuencia ocasiona una sobrecarga en el ámbito familiar, ya que ocasiona mayor tiempo de dedicación, desgaste de energía y recursos económicos para atender a alguien que no puede valerse por sí mismo, y que en algunas ocasiones puede conllevar al abandono o renuncia al trabajo, generar stress y capacidad para entender las tensiones que produce convivir con un esquizofrénico.

Así tenemos que en la familia, cada uno de sus miembros, asumen la presencia del paciente esquizofrénico en el hogar de diferente forma, sea este padre, hermano, hijo u otro tipo de afinidad o parentesco; ya que algunos pueden asustarse con la idea de cómo tratar a la enfermedad mental, conllevándole a una estigmatización en la familia y tratar de ocultarla a los demás, recayendo con frecuencia de toda la responsabilidad del cuidado a la madre, quien debe motivar constantemente al paciente a que se realice la higiene, tome los medicamentos, encuentre algo que hacer, entre otras actividades día tras día, semana tras semana, sin respiro.

Vallina Fernández, Óscar; Lernos Giráldez, Serafín; (2002), en su estudio concluyeron que “la psicoeducación, como único procedimiento de intervención familiar en la esquizofrenia, resulta insuficiente para mejorar la evolución del trastorno; sin embargo es de utilidad para la

adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, para modificar actitudes y para lograr la cooperación terapéutica. Para amplificar sus efectos y facilitar la obtención de beneficios.

Por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psicoeducativo, la mayoría conocen que algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio y otras hospitalización en periodo de crisis, que para la recuperación de un paciente se requiere básicamente de apoyo familiar, los medicamentos que el paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad, los medicamentos más usados para la esquizofrenia, y por qué se producen las recaídas; mientras que un mínimo porcentaje significativo no conocen los medicamentos que el paciente ha tomado antes para el tratamiento de la enfermedad, la conducta a seguir en caso de que los medicamentos le produzca algún efecto no deseado, lo que le molesta de la conducta del paciente, y que la enfermedad mental no es una desgracia o afección misteriosa; lo que puede predisponer al paciente a recidivas y alterar su proceso de recuperación en el hogar, así como prolongar la estancia hospitalaria debido a las recaídas e incrementar los costos que puede deteriorar más aun sus capacidades funcionales; por lo que las estrategias educativas participativas en los programas psico educativos puede contribuir a que el familiar mejore su capacidad de manejo y enfrentamiento, y favorecer la adopción de estilos de vida saludable.

La emoción expresada (EE), se define como las respuestas o reacciones más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos que pueden ser expresados por los familiares y más frecuente se evidencian en las recaídas. Por lo que las emociones expresadas

como potente predictor de recaídas sintomáticas; la carga emocional y económica que supone al hacerse cargo de un paciente crónico; y la insatisfacción manifestada por las familias por el trato recibido de los profesionales de la salud, ha producido un fuerte desarrollo de las Asociaciones de Auto-ayuda.

Por lo que la intervención familiar aparece como el factor determinante para la educación de Expresividad Emocional (EE), mientras que la gravedad de la clínica productiva y el ajuste social del paciente condicionan los incrementos de la modificación de la expresividad emocional. De ahí que cuando el familiar responsable o cuidador no recibe información y entrenamiento, el enfermo puede enfermarlos a todos, y sólo cuando la familia está unida e informada puede contribuir a aliviar al paciente de sus manifestaciones derivadas de la enfermedad.

De ahí que hay que orientar hacia lo esencial, facilitando una estructura básica para el desarrollo de talleres con familiares para el tratamiento directo de los problemas. Por lo que es responsabilidad de los profesionales sanitarios asistir a los cuidadores principales.

Los programas de intervención familiar para que sean efectivos y eficaces deben contar con una sólida base empírica que los avalan, es decir ser implementados y/o realizados por diversos grupos de expertos, sometido a revisiones y meta-análisis; para que señalen entre los beneficios de estas intervenciones en la reducción de la frecuencia de recaídas, mayor adherencia al tratamiento, mayor rendimiento social y reducción de la expresividad emocional de los miembros de la familia del paciente esquizofrénico.

Por lo que según los resultados obtenidos en el estudio se puede deducir que las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico antes y después del programa psicoeducativo; antes de la implementación del programa el mayor porcentaje expresa que está presente el cuidado de que cuando sale el paciente esquizofrénico lo haga acompañado, cuando realice una actividad en casa no dejarlo que lo haga solo, que lo cuidan siempre desde que se inició la enfermedad, y hacen de todo por su familiar enfermo ya que no sabe lo que hace; seguido de un porcentaje considerable de familiares que manifiestan que está ausente el molestarse cuando el paciente está desganado, no prefiere mantenerlo encerrado en su cuarto por la tranquilidad de la familia, el cansancio y las ganas de internarlo en el hospital por las continuas recaídas, y que el familiar enfermo no entienda lo que se le quiere decir. Después de la implementación del programa, las emociones expresadas por los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico en su mayoría están presentes la responsabilidad de hacer que el familiar permanezca tranquilo descansado en casa, el saber que la enfermedad de su familiar es incurable, y que le advierte frecuentemente a su familiar para evitar cometer imprudencias; mientras que un porcentaje mínimo significativo refiere que está ausente el sentir vergüenza al familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables, que no pueden hacer nada por la enfermedad del familiar, y dejar al familiar solo por su cuenta. De ahí que mediante la prueba t de student , se logró aprobar la hipótesis de estudio es decir que es efectivo el programa psicoeducativo en las emociones expresadas del familiar cuidador del paciente esquizofrénico; lo cual le puede conllevar a un mejor pronóstico y mejora de calidad de vida, así como el proceso de relaciones interpersonales en el ámbito familiar y social; contribuyendo al proceso de aceptación y manejo de la conducta del paciente así

como en el proceso de adherencia y resocialización al entorno social, laboral y familiar.

La psicoeducación surge como una respuesta a las necesidades más integrales de abordaje de la esquizofrenia. El punto de partida lo constituyen las necesidades de las familias de pacientes esquizofrénicos. Un antecedente importante es el concepto de Emoción Expresada (EE); en tanto más intolerantes, sobre involucrados (sentimientos o actitudes por parte del familiar, de desesperanza, auto sacrificio, sobreprotección...hacia el enfermo), hostiles (evaluación negativa del enfermo como persona) y críticos (evaluación negativa de la conducta del enfermo), son los familiares. Lo que previene las recaídas es la capacidad potencial de convertir los conocimientos en acciones encaminadas a la rehabilitación del paciente.

De ahí que las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psico educativo; el mayor porcentaje expresan que está presente ya que manifiestan su responsabilidad de que el familiar enfermo permanezca tranquilo descansado en casa, que desde el inicio la enfermedad del familiar siempre tienen que cuidarlo, y que tienen cuidado que a donde vaya el familiar lo haga acompañado; seguido de un porcentaje considerable que están ausentes el hecho de que cuando ve a su familiar encerrado en su cuarto le resonda para que ayude en casa y le da igual que su familiar se descuide en su vestido e higiene; lo cual repercute de manera negativa en el proceso de recuperación y participación del paciente en su autocuidado predisponiéndole a riesgos a complicaciones y un mayor deterioro de sus capacidades funcionales residuales que puede alterar el proceso de resocialización al entorno familiar, social y laboral.

De modo que los programa de intervención psicosocial, están dirigidos a decrecer el nivel de comunicación desviada y expresión emocional e incrementar la comunicación familiar y la capacidad de los miembros para establecer estrategias de afrontamiento y resolución de problemas. Siendo el tratamiento psico educativo familiar y el entrenamiento en habilidades sociales los que están siendo aplicados con más éxito a pacientes diagnosticados con esquizofrenia,

Por lo que las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psico educativo; la mayoría refieren que están presentes el hecho de advertir constantemente sobre las imprudencias que pueden cometer, tener cuidado de acompañarlo cuando sale, y la responsabilidad de que el familiar permanezca tranquilo en casa; seguido de un mínimo porcentaje significativo que manifiestan que está ausente el resondrar al familiar cuando permanece encerrado en el cuarto, y cuidarlo siempre desde que se inició la enfermedad; lo cual le conlleva a mejorar el proceso de recuperación y adaptación al medio social y familiar disminuyendo el riesgo a complicaciones que deterioren su capacidad funcional, estilo y calidad de vida.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- ❖ Los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico antes y después del programa psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizán, el mayor porcentaje antes del programa conocen que existe un tipo de enfermedad mental y en forma grave, que la esquizofrenia puede presentarse de forma diferente de una persona a otra, que presenta periodos de recuperación y recaídas, los medicamentos usados para la esquizofrenia y que el paciente con esquizofrenia se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal y para acostado todo el día; seguido de un porcentaje considerable de aspectos que no conocen, los medicamentos que el paciente ha tomado antes para el tratamiento de la enfermedad, lo que hizo cuando el medicamento le choco, que la enfermedad mental se desarrolla lentamente y puede ser reconocida en sus comienzos. Después del programa la mayoría conocen que la persona con esquizofrenia presenta periodos de recuperación y recaídas, los comportamientos en el paciente se caracteriza por tendencia a aislarse, perdida transitoria de hábitos de higiene, poca actividad, y que la esquizofrenia es causada por herencia; mientras que los aspectos que no conocen, es cuando el paciente se siente mejor no necesita continuar el tratamiento, lo que hace cuando el paciente presenta efectos por el tratamiento y que la enfermedad mental es una desgracia o afección

misteriosa. Comprobándose mediante la prueba t de student que se rechaza la hipótesis nula, aprobándose la hipótesis de estudio es decir que es efectivo el programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos de los familiares cuidadores.

- ❖ En cuanto a los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psicoeducativo, el mayor porcentaje conocen que algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio y otras hospitalización en periodos de crisis, se inicia generalmente en la adolescencia o juventud, para la recuperación se requiere de tratamiento médico, pastillas y apoyo de la familia, y que para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere de apoyo familiar permanente; seguido de un porcentaje considerable que los ítems que no conocen es porque expresan que los hospitales psiquiátricos son lugares destinados a la hospitalización permanente de los enfermos mentales, que es causada por herencia, que las recaídas pueden presentarse, y los medicamentos que el paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad.
- ❖ Acerca de los conocimientos que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psicoeducativo, la mayoría conocen que algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio y otras hospitalización en periodo de crisis, que para la recuperación de un paciente se requiere de apoyo familiar, los medicamentos que el paciente toma actualmente para el tratamiento, los medicamentos más usados para la esquizofrenia, y por que se

producen las recaídas; mientras que un mínimo porcentaje significativo no conocen los medicamentos que el paciente ha tomado antes para el tratamiento de la enfermedad, la conducta a seguir en caso de que los medicamentos le produzca algún efecto no deseado, lo que le molesta de la conducta del paciente, y que la enfermedad mental no es una desgracia o afección misteriosa.

- ❖ Respecto a las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico antes y después del programa psicoeducativo, Antes del programa el mayor porcentaje expresan que está presente; acompañarlo al paciente esquizofrénico cuando sale, no dejarlo solo cuando realice una actividad en casa, cuidarlo siempre desde el inicio de la enfermedad en su familiar, y hace de todo por su familiar enfermo; seguido de un porcentaje considerable que manifiestan que las emociones expresadas están ausentes, ya que se molesta cuando el paciente está desganado, para conservar la tranquilidad de la familia prefiere mantenerlo al paciente encerrado en su cuarto, se han cansado de las continuas recaídas del familiar enfermo que sienten ganas de internarlo en el hospital, y le da cólera que no entienda lo que se le quiere decir. Después del programa, las emociones expresadas por los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico la mayoría refieren que está presente la responsabilidad de hacer que el familiar permanezca tranquilo en casa, saber que la enfermedad de su familiar es incurable, y que le advierte constantemente a su familiar para evitar cometer imprudencias; mientras que un mínimo porcentaje manifiestan que los aspectos ausentes, está dado por no sentir vergüenza para que deje de hacer algunas

cosas desagradables, no poder hacer nada por la enfermedad del familiar, dejar al familiar solo por su cuenta. Para comprobar la hipótesis de estudio se aplicó la prueba t de student encontrándose que al rechazar la hipótesis nula, se aprueba la hipótesis de estudio, es decir que es efectivo el programa psicoeducativo en las emociones expresadas del familiar cuidador del paciente esquizofrénico.

- ❖ En cuanto a las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems antes del programa psico educativo; el mayor porcentaje refieren que están presentes, los ítems respecto a la responsabilidad de que el familiar enfermo permanezca tranquilo en casa, tener que cuidarlo desde que inició la enfermedad y que cuando salga lo haga acompañado; y un porcentaje considerable de familiares manifiestan que están ausentes el resonar al familiar cuando está encerrado en su cuarto y le da igual que su familiar se descuide en su vestido e higiene.
- ❖ Acerca de las emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según ítems después del programa psico educativo; la mayoría refieren que está presente el hecho de advertirle al familiar las imprudencias que puede cometer, que cuidan que a donde vaya lo haga acompañado y la responsabilidad de que el familiar permanezca tranquilo en casa; seguido de un mínimo porcentaje que está ausente, resonar al familiar encerrado en el cuarto y cuidarlo siempre desde que se inició la enfermedad del familiar.

5.2. RECOMENDACIONES

- Que las autoridades del Hospital, el Departamento de Enfermería y el personal que labora en el servicio de psiquiatría del pabellón 4, reflexionen sobre los hallazgos y/o resultados, con la finalidad de elaborar e implementar programas de educación para la salud o psico educativos dirigido a los familiares cuidadores de los pacientes esquizofrénicos; utilizando estrategias y técnicas participativas destinado a disminuir el riesgo a complicaciones que pueden repercutir en el mayor deterioro del funcionamiento mental residual que predisponerlo a hospitalización prolongada, costos sanitarios, y afectar el proceso de calidad de vida y recuperación y reinserción familiar, social y/o familiar.
- Realizar estudios similares en diferentes instituciones de salud a nivel público, privado y de las fuerzas policiales.
- Que el Departamento de Enfermería del Hospital y la jefatura del servicio, diseñe e implemente programas y/o planes de mejora destinada a controlar los factores de riesgo al que está expuesta el paciente y el familiar cuidador del paciente esquizofrénico y disminuir el riesgo a complicaciones que pueden afectar el proceso de reintegración y reinserción social.
- Realizar las coordinaciones con el Departamento de Enfermería a fin de actualizar y/o revisar periódicamente los programas psico educativo dirigido al paciente y familiares cuidadores de los pacientes con enfermedad e implementar las estrategias para el promover la participación del familiar cuidador en el

proceso de recuperación del hogar, favorecer la adherencia y reintegración social.

5.3. LIMITACIONES

Los resultados y las conclusiones derivadas del estudio solo son válidos y generalizables para la población de estudio; es decir el personal profesional de enfermería que labora en el servicio de psiquiatría pabellón 4 de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Alburquerque Jaramillo, Flor. Manual para el programa Psicoeducativo a familiares de pacientes esquizofrénicos crónicos Material educativo del INSM "HD-HN". Lima – Perú. 1996.
- (2) Alfonso García, Azucena. Valoración de las necesidades en el paciente esquizofrénico ante la pérdida del cuidador principal. Diseño de Investigación. Unidad Docente de Salud Mental. VII Edición. Las Palmas. Islas Canarias-España. 2006.
- (3) Rummel-Kluge, Christine; Pitschel-Walz, Gabriele, Bauml Josef y Kissling Werner, Porcentaje de Pacientes y Familiares que participan en la Psicoeducación. Alemania. 2006.
- (4) Rummel-Kluge, Christine; Kissling Werner. Eficacia de las Pruebas Actuales de la Psicoeducación. Alemania. 2008.
- (5) Pitschel-Walz, Gabriele, Bauml Josef y Kissling Werner, Grupos Psicoeducativos para los pacientes con trastornos esquizofrénicos y sus familias. Alemania. 2006.
- (6) Holmes H, Ziemba J, Evans T, Williams CA. Modelo de Enfermería para la Psico educación. Estados Unidos. 1994.
- (7) De Groot L, Lloyd C, King R, Eficacia del Programa de Psicoeducación Familiar. Alemania. 2003.
- (8) Vallina Fernández, Oscar. Lernos Giraldez Serafin. Programas de Psicoeducación Familiar en la Esquizofrenia. 2002.

- (9) Alfonsea, M.A. Conocimientos de los pacientes acerca de la esquizofrenia. España. 2000.
- (10) Zuñiga F. Sonia, Jobet F. Jacqueline. Cursos de Psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos en control. 1993.
- (11) Fresan Ana, Apiquian Rogelio, Ulloa Rosa Elena, Loayzaga Cristina, y colbs. Ambiente Familiar de un grupo de pacientes con primer episodio de esquizofrenia. Mexico. 2001.
- (12) Mena Rodríguez, Daniela Carla; Murillo Castillo, Mariela Paz. Problemas sentidos por los familiares sobre la carga emocional en la relación interpersonal con el enfermo. Chile. 2000.
- (13) (18) Mazuelos B., Sandra; Santivañez C., Roxana; Valencia R., María. Nivel de conocimientos sobre esquizofrenia y el tiempo de enfermedad del paciente esquizofrénico y su influencia en la actitud de los familiares en el INSM – HD – HN. Y Hospital Hermilio Valdizan. Lima – Perú. 1989.
- (14) Lagomarsino, Alejandro J. Psicoeducación para familias de esquizofrénicos. Fuente: [Acta Psiquiatr Psicol Am Lat](#); 36(1/2): 73-80, jun. 1990.
- (15) (16) Lyse HG, Haahr UH, Fjell A, Dichmann B, Flensborg E, Simonsen E. Psychoeducation and multifamily groups for patients with first-episode psychosis. [Ugeskr Laeger](#). 2007 Oct 22; 169(43):3668-3672.

- (17) Mazuelos B., Sandra; Santivañez C., Roxana; Valencia R, María
Actitud del familiar más cercano hacia el paciente esquizofrénico
en relación con su nivel de conocimiento sobre esquizofrenia y el
tiempo de enfermedad del paciente mayo - diciembre de 1989.
[Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería]. Lima –
Perú. UPCH. 1990.

BIBLIOGRAFIA

Andrade Rodrigues Maria Goretti, Krauss-Silva Letícia, Marques Martins Ana Cristina. Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2203-2218, out., 2008.

Bazán Ethel. Psiquiatría Comunitaria y Atención Primaria en Salud Mental. En Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo", 2 da edic. Lima –Perú. 1,998

Belloso J. J., García B., de Prado E. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2000, vol. XX, n.º 73, pp. 23-40.

Bressi, Cinzia; Manenti, Stefano; Frongia, Patrizia; Porcellana, Matteo; **Invernizzi, Giordano**. Systemic Family Therapy in Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial of Effectiveness. Psychother Psychosom 2008; 77:43–49

Castillo Martell, Walter Humberto. Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Lima, Perú. [Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina]. Lima – Perú. UPCH. 2006.

Higuera Romero, Jesús. Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. Fuente: [Apunt. psicol](#); 23(3): 275-292, 2005. ilus, tab

Kawas Valle Omar. Psicoeducacion y Calidad De Vida En Esquizofrenia. Departamento de Psiquiatría Hospital Universitario. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N. L., México. 1eras Jornadas de Actualización en Esquizofrenia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Ponencia en XVII Jornadas Científicas de la Sociedad Panameña de Psiquiatría. 30 de Julio del 2005.

Llanco Sulca, Rocío del Pilar; Trinidad Alvarado, Zoila Karina; Vizcarra Arenas, Miriam Yanett. Nivel de Emoción Expresada de Familiares de Esquizofrénicos Crónicos y su Implicancia en el Curso de la Enfermedad en el Hospital “Hermilio Valdizan”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]- Lima – Perú. UPCH. 1995.

Medina Alanoca, Jimmy Walter. Taller Psicoeducativo para familiares de pacientes esquizofrénicos “De la Incertidumbre al Optimismo”. Manual del Capacitador. 2007. Impreso en Perú.

Mena Rodríguez, Daniela Carla; Murillo Castillo, Mariela Paz. Familiares de esquizofrénicos: vivencias del día a día. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Chile. Pontifica Universidad Catolica. 2000. 177p. ilus,tab.

Micco Aguayo, Sandra; Hernández Carrasco, Ximena; Jerez Chacón, Marcos; Fuentealba, Juan; Muñoz Rebolledo, Mario; Gajardo, Myriam; Oberreuter Lavín, Marianela; Navarrete Gangas, Ana; Vargas, Rosa; Laurel, Eliana. Psicoeducación en familiares de pacientes esquizofrénicos en tratamiento con clozapina. Fuente: Rev. psiquiatr. (Santiago de Chile); 13(1): 17-20, ene.-mar. 1996.

Montaño Ferrufino, Everth H. Esquizofrenia problema en la familia. Trabajo presentado en el "Consenso internacional de Esquizofrenia" Santa Cruz de la Sierra, noviembre 2005.

Muela José A; Godoy Juan F. Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema* 2001. Vol. 13, nº 1, pp. 1-6

Olivares Stasiw, Luis; Apumayta, Rosas Maria. Taller psicoeducacional de apoyo emocional para familiares de pacientes con esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. Vol VIII Nº 2. Julio-Diciembre 2006, pp 81-86.

Ortega Contreras, Milena; Tafur Iazo, Mayte. Intervención Familiar Responsable y el Número de Hospitalizaciones en Pacientes con Esquizofrenia Paranoide, Hospital Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis para optar al Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UPCH. 1999.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A Operacionalización de las variables	I
B Instrumento	II
C Consentimiento Informado	IX
D Tabla de Concordancia – Prueba Binomial	XIII
E Tabla de Códigos	XIV
F Tabla Matriz de Datos	XVI
G Validez del instrumento	XX
H Confiabilidad del instrumento	XXII
I Medición de Variables	XXIV
J Conocimientos que tienen los Familiares Cuidadores del Paciente Esquizofrénico antes y después del Programa Psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan. Lima – Perú. 2015.	XXV
K Conocimientos que tienen los Familiares Cuidadores del Paciente Esquizofrénico según ítems antes del Programa Psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan. Lima – Perú. 2015..	XXVI
L Conocimientos que tienen los Familiares Cuidadores del Paciente Esquizofrénico según ítems después del Programa Psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan. Lima – Perú. 2015.	XXVIII
M Emociones Expresadas que tienen los Familiares Cuidadores del Paciente Esquizofrénico antes y después del Programa Psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan. Lima – Perú. 2015.	XXX
N Emociones Expresadas que tienen los Familiares Cuidadores del Paciente Esquizofrénico según ítems antes del Programa Psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan. Lima – Perú. 2015.	XXXI

ANEXO**Pág.**

O	Emociones Expresadas que tienen los Familiares Cuidadores del Paciente Esquizofrénico según dimensión crítica antes y después del Programa Psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan. Lima – Perú. 2015.	XXXIII
P	Emociones Expresadas que tienen los Familiares Cuidadores del Paciente Esquizofrénico según dimensión sobrepeso antes y después del Programa Psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan. Lima – Perú. 2015.	XXXV
Q	Emociones Expresadas que tienen los Familiares Cuidadores del Paciente Esquizofrénico según dimensión hostilidad antes y después del Programa Psicoeducativo en el Hospital Hermilio Valdizan. Lima – Perú. 2015.	XXXV
R	emociones expresadas que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico según dimensión hostilidad antes y después del programa psico educativo en el hospital Hermilio Valdizan Lima – Perú 2015	XXXVI
S	Prueba de Hipotesis	XXXVII
T	Programa Psicoeducativo para Familiares de Pacientes Esquizofrénicos crónicos	XLI

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor Final
Conocimientos que tienen los familiares cuidadoras del paciente esquizofrénico en el Hospital Hermilio Valdizan	Es el conjunto de información, ideas, acciones aprendidas que van orientadas a modificar y/o producir cambios de comportamiento ante una situación y que puede ser aprendido a través del tiempo para enfrentar las diferentes trastornos de conducta que produce la esquizofrenia sobre su calidad y estilo de vida.	Es la respuesta expresada del familiar cuidador del paciente esquizofrénico sobre toda aquella información que posee en cuanto a la esquizofrenia, signos y síntomas y tratamiento. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y valorada en conoce y no conoce.	Enfermedad Esquizofrenia	Esquizofrenia Signos y Síntomas Tratamiento	Conoce No conoce
Emoción Expresada que tienen los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico en el Hospital Hermilio Valdizan	(EE), se define como las respuestas o reacciones más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos que pueden ser expresados por los familiares y más frecuente se evidencian en las recaídas.	Es la respuesta expresada del familiar cuidador del paciente esquizofrénico sobre todas aquellas formas de comportamiento o reacción ante la presencia del paciente esquizofrénico en el hogar. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y valorada en presente y ausente.	Emociones Expresadas	Crítica Hostilidad sobreprotección	Presente Ausente

ANEXO B



UNMSM- FM-UPG
PSEE-2014

INSTRUMENTO – CONOCIMIENTOS

PRESENTACIÓN

Buenos días Sr. (a), (ita), mi nombre es Gloria Vera Cabrera, me encuentro realizando un estudio en coordinación con la institución.

Para lo cual se les solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces; expresándole que es de carácter anónimo y confidencial.

Agradezco anticipadamente su participación en el presente trabajo

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de enunciados a los cuales usted deberá responder marcando con un aspa de acuerdo a lo que considere pertinente, marcando con una X Si o No según corresponda a su opinión:

ENUNCIADO	V	F
1. La enfermedad mental es una desgracia o afección misteriosa.		
2. Sólo existe un tipo de enfermedad mental y en forma grave.		
3. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra que necesita tratamiento oportuno.		
4. Generalmente, la enfermedad mental se desarrolla lentamente y puede ser reconocida en sus comienzos.		
5. Algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio o hospitalización en período de crisis.		
6. Los hospitales psiquiátricos son lugares destinados a la hospitalización permanente de los enfermos mentales.		
7. La persona con esquizofrenia presenta períodos de recuperación y recaídas.		
8. La esquizofrenia puede presentarse de forma diferente de una persona a otra.		
9. La esquizofrenia se inicia generalmente en la adolescencia o juventud.		

En los siguientes enunciados marque usted con un aspa (X) las respuestas que considere correctas.

10.- La esquizofrenia es causada por:

- a) Herencia.
- b) Contagio.
- c) Tensión o problemas.
- d) Mucho estudio.
- e) Daño o brujería.
- f) No haber tenido relaciones sexuales.
- g) Se le subió la sangre a la cabeza.
- h) Falta de alimentación.
- i) Traumas durante la niñez.
- j) Caídas o golpes en la cabeza.
- k) Masturbación.
- l) No sabe.
- m) Otros como:.....

11.-Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente:

- a) Brujería o exorcismo.
- b) Hierbas o remedios caseros.
- c) Tratamiento médico, “pastillas” y apoyo de la familia.
- d) Hospitalizarlo permanentemente.

12.-Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente:

- a) Hospitalizarlo el mayor tiempo posible.
- b) Darle los medicamentos indicados por el psiquiatra.
- c) Darle hierbas.
- d) Que descanse permanentemente.
- e) Que trabaje.
- f) Se case.
- g) Apoyo familiar permanentemente.

13.-Mencione los comportamientos que usted ha observado en su paciente y que lo caracterizan.....

.....

14. Las recaídas en el paciente pueden presentarse:

- a) Por problemas en la casa.
- b) Por problemas en el trabajo.
- c) Situaciones que el paciente considera difíciles de enfrentar.
- d) Incumplimiento en el control médico.

- e) Incumplimiento en darle las medicinas.
- f) A veces sin motivo.

15. Los medicamentos usados para la esquizofrenia:

- a) Curan.
- b) Mejoran o alivian.
- c) Evitan el empeoramiento de los síntomas.
- d) evitan las recaídas.

16. Mencione usted los medicamentos que su paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad.

.....

17. Mencione los medicamentos que su paciente ha tomado anteriormente para el tratamiento de la enfermedad.

.....

18. Estos medicamentos que le indicaron, le “chocaron” alguna vez?

Si.....No.....

19. ¿Que hizo usted cuando le “chocó” la medicina?

.....

20. Si hay algo que le moleste de la conducta de su paciente, usted:

- a) Procura no molestarlo ni criticarlo.
- b) Se calma para dirigirse a él.
- c) Lo castiga por hacer cosas que no aprueba.
- d) Discute con él.
- e) Se preocupa todo el tiempo sintiéndose a veces triste.
- f) Anima a su paciente a seguir adelante aún en lo poco que pueda lograr.
- g) Otros.....

21. Si su paciente se siente mejor y manifiesta que no necesita continuar con el tratamiento, usted:

- a) Acepta la idea del paciente.
- b) Lo motiva para que continúe con el tratamiento.
- c) Le dice que espere hasta consultar con el médico.

22. Muchas veces se observa que el paciente con esquizofrenia se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal, para acostado todo el día, usted piensa que es:
- a) Ocioso.
 - b) Inútil.
 - c) Enfermo.
 - d) Es así su carácter.

INSTRUMENTO – EMOCION EXPRESADA

INSTRUCCIONES

Este es un cuestionario donde usted encuentra situaciones que comúnmente suelen presentarse cuando hay un miembro de la familia con enfermedad mental en casa. Ante estas situaciones usted tiene la oportunidad de recordar su reacción o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan. De sus respuestas francas y sinceras será posible ayudarlo a mejorar su relación con él. Usted deberá poner un aspa (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta. Deberá usted decidir entre las siguientes opciones:

- Si nunca siente o reacciona ponga la “X” en el casillero **NUNCA.**
- Si lo hace pocas veces en tal caso pondrá una “X” en **CASI NUNCA.**
- Si lo hace mas veces en este caso ponga la “X” en el casillero de **CASI SIEMPRE.**
- Si es muy a menudo su reacción o sentimiento ponga la “X” en el casillero **SIEMPRE.**

TRABAJE USTED COMO EN EL SIGUENTE EJEMPLO	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Ej.: Se ríe usted cuando le cuentan chistes colorados				X
1. C Cuando veo a mi familiar encerrado en su cuarto, lo resondro para que ayude en casa.				
2. S Tengo cuidado que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.				
3. C Me da igual que mi familiar se descuide de su vestido como de su higiene.				
4. S Siento desesperación, lloro frente a él por las cosas que éste hace.				
5. C Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa al igual que los demás.				
6. S Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.				
7. H La enfermedad de mi familiar no es responsable de los problemas que vienen al hogar.				
8. S Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actué solo.				
9. C Estoy acostumbrado al poco interés de mi familiar frente a los problemas de la casa.				
10. S Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				
11. S Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo, porque no sabe lo que hace				
12. C Mi familiar no hace nada por si solo, sin embargo no me molesta.				
13. H No es culpa de mi familiar enfermo que no tenga las recompensas que merezco.				
14. S Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansando en casa.				
15. C Cuando converso con mi familiar término molestándome por lo confuso de su conversación.				
16. C La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17. H Cada vez que puedo le saco en cara lo que me hace sufrir, a mi familiar enfermo.				
18. C Me molesto cuando veo a mi familiar desganado.				
19. H Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.				
20. S Dejo a mi familiar sólo, por su cuenta.				
21. H El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.				
22. H Trato de no ser duro con mi familiar.				
23. H Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.				
24. H Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				
25. H Las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo en el hospital.				

26. S	En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.				
27. C	Me da cólera que mi familiar no entienda claramente lo que le quiero decir.				
28. H	Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar, es un caso perdido.				
29. C	Me da cólera cuando mi familiar enfermo no se da cuenta de lo que hace, me fastidia a pesar de que se lo digo.				
30. C	Procuró hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

Gracias por su participación

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días Sr. (a), (ita): Ud. ha sido seleccionada para participar en este estudio. En ese sentido se le va a proporcionar información sobre su participación en él. Es necesario que después de recibida la información decida usted si está de acuerdo en participar. La persona autorizada del equipo investigador responderá cualquier pregunta relacionada al estudio, así como cualquier interrogante en relación a sus derechos como participante, será atendida por el comité de Ética del Hospital Hermilio Valdizán

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito principal de la investigación es dar a conocer las bondades de un programa psico educativo dirigido a familiares de pacientes esquizofrénicos, promoviendo su participación y compromiso de los familiares cuidadores en la realización de intervenciones de apoyo terapéutico, social y emocional en función a las necesidades de cada grupo familiar. Estas mejoras se verán reflejadas en la parte promocional asistencial, económico y social de estos pacientes.

Otro propósito es el de fijar pautas para la implementación de éste programa en el Hospital Hermilio Valdizán fortaleciendo la reflexión del profesional Enfermero sobre el protagonismo del cuidador y familia en la rehabilitación del paciente, considerando que un paciente esquizofrénico afecta a toda la dinámica familiar.

¿Quiénes no pueden participar en el estudio?

- Familiares que no son responsables del cuidado del paciente esquizofrénico.
- Familiares analfabetos.
- Familiares que no acepten participar en el estudio.
- Familiares que presenten problema físico y/o mental que les impida recibir educación.

¿Qué se me pedirá que realice?

Que asista puntualmente a las 9 sesiones psico educativas.

¿Cuánto tiempo participaré en este estudio?

Ud. Participará en el estudio aproximadamente 2 meses

¿Cuántas otras personas participarán en el estudio?

20 personas.

¿Recibiré alguna compensación económica por participar en el estudio?

No se entregará compensación de ningún tipo por participar en el estudio.

¿Si presento alguna complicación derivada del procedimiento, cómo será la compensación?

Si durante el estudio sufre alguna complicación derivada del procedimiento, situación que debido al estudio se tomara las medidas pertinentes el investigador cubrirá los gastos del tratamiento médico respectivo, en la medida que éstos no sean cubiertos por el seguro de trabajo. No existe otra forma de compensación.

¿Qué beneficios obtendré?

El beneficio para el participante es que obtendrá información e incrementará sus conocimientos acerca de la esquizofrenia, se despejarán todas sus dudas, dándoles de esta manera la oportunidad de manejar a su paciente con conocimiento de la enfermedad.

¿Quién tendrá acceso a la información recolectada del estudio?

Los datos serán manejados de manera absolutamente confidenciales y no tendrán ninguna implicancia en su atención. Sólo el investigador principal tendrá acceso a la información después de haberse completado el cuestionario y la recolección de muestras, manteniendo los datos de manera anónima a través de un código asignado a cada participante. Ante una posible publicación de los resultados Ud. Permanecerá en completo anonimato.

¿Se me informará sobre nuevos hallazgos relacionados al estudio?

En forma oportuna, Ud. recibirá cualquier información relacionada al estudio que pueda afectar su decisión a participar o seguir participando en el estudio.

¿Es voluntaria mi participación en el estudio?

Usted ha sido seleccionado a participar en el estudio para lo cual deberá aceptar de manera voluntaria y sin ningún tipo de presión. Así mismo, Ud. estará en libertad de poder retirarse del estudio en el momento que lo desee, sin pérdida de ninguno de los beneficios a los cuales tiene derecho como persona.

¿A quién debo llamar en caso de dudas?

Si tiene algunas preguntas acerca del estudio. Ud. puede comunicarse con las siguientes personas:

Lic. Gloria Vera Cabrera Teléfono HHV: 4942410 anexo 255

Celular: 998443777 Correo: vcgoya@hotmail.com

Si Ud. Tuviese alguna pregunta en relación a sus derechos como participantes en el estudio, puede comunicarse con el Dr. Jorge Moreno Chacón, Lic. Soledad Serpa Reyes. Integrantes del Comité de Ética del Hospital Hermilio Valdizán.

“He leído y entendido el presente documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO, y todas mis preguntas han sido contestadas a satisfacción. Yo consiento voluntariamente mi participación en el estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme de él en cualquier momento sin que esto implique ningún perjuicio a mi persona”

Firma del familiar

Fecha

DNI: -----

Firma de la persona que realiza el Consentimiento Informado

Fecha

COMPROMISO FAMILIAR

Por el presente documento yo,
.....me
comprometo a asistir a las 9 sesiones del Programa Psicoeducativo
para Familiares de Pacientes Esquizofrénicos Crónicos, que se
realizará los días.....a las.....en.....

FIRMA DEL TERAPEUTA

FIRMA DEL FAMILIAR

FECHA:/...../.....

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ								PUNTAJE
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es SIGNIFICATIVA

ANEXO E

DATOS ESPECIFICOS - CONOCIMIENTOS

N° ITEMS	RESPUESTA CORRECTA
1	F
2	F
3	V
4	V
5	V
6	F
7	V
8	V
9	V
10	A,I,M
11	C
12	B,G
13	SE COMPORTA EXTRANO
14	C,E
15	C
16	ANTIPSICOTICO
17	ANTIPSICOTICO
18	NO
19	CONSULTA AL DR.
20	F
21	C
22	C

DATOS ESPECIFICOS - EMOCIONES EXPRESADAS

Nº ITEMS	RESPUESTA CORRECTA
1	CN
2	CS
3	N
4	N
5	CN
6	CN
7	CS
8	CN
9	S
10	CN
11	CN
12	S
13	S
14	CS
15	CN
16	CS
17	N
18	N
19	N
20	CN
21	CS
22	S
23	N
24	CN
25	N
26	CN
27	N
28	N
29	N
30	N

ANEXO F

TABLA MATRIZ DE DATOS - CONOCIMIENTO PRE TEST

E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Σ
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	13
2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	12
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	14
4	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	11
5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	15
6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	14
7	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	9
8	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	11
9	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
10	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	13
12	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	12
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	14
14	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	12
15	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	15
16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	14
17	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	8
18	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	11
19	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7
20	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5

TABLA MATRIZ DE DATOS - CONOCIMIENTO POST TEST

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Σ
1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	17
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	21
3	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	17
4	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14
5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21
6	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
7	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	13
8	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
9	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17
10	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
11	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	17
12	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	14
13	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
14	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	13
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	18
16	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	17
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	19
18	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	13
19	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	20
20	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	10

TABLA MATRIZ DE DATOS - EMOCIONES EXPRESADAS PRE TEST

E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Σ
1	1	4	1	1	3	1	4	3	2	3	4	2	1	4	3	2	1	1	2	1	3	1	3	4	4	4	4	1	1	1	67
2	1	4	1	1	1	3	3	2	2	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	43
3	2	3	2	1	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	4	3	1	2	2	2	69
4	1	4	1	2	1	2	3	2	2	4	2	1	1	4	3	4	1	2	1	2	4	4	1	4	1	3	2	1	2	1	66
5	1	4	1	1	1	2	1	1	3	4	1	1	1	4	2	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	50
6	1	4	1	1	3	1	1	3	3	4	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	4	4	4	1	1	1	61
7	2	3	2	3	2	3	2	4	2	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	1	2	1	3	80
8	2	3	2	3	2	3	2	3	2	4	4	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	79
9	2	3	2	3	2	3	1	3	2	4	4	3	3	4	2	3	2	3	2	1	3	3	2	4	1	3	1	2	3	2	76
10	2	3	3	4	1	2	1	3	2	3	4	3	1	4	2	2	1	2	1	2	1	3	2	3	3	1	2	2	2	1	66
11	1	4	1	1	3	1	4	3	2	3	4	2	1	4	3	2	1	1	2	1	1	1	3	4	1	4	1	1	1	1	62
12	1	4	1	1	1	3	3	2	2	1	2	2	1	3	1	4	1	4	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	55
13	2	3	2	1	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	1	2	67
14	1	4	1	2	1	2	3	2	2	4	2	1	1	4	3	4	1	2	1	2	4	4	1	4	1	2	2	1	2	1	65
15	1	4	1	1	1	2	1	1	3	4	1	1	1	4	2	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	50
16	1	4	1	1	3	1	1	3	3	4	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	1	4	1	1	1	1	58
17	2	3	2	3	2	3	2	4	2	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	1	3	80
18	2	3	2	3	2	3	2	3	2	4	4	3	3	3	3	3	1	2	2	2	3	2	1	1	1	1	3	3	1	3	72
19	2	3	2	3	2	3	1	3	2	4	4	3	3	4	2	3	2	3	2	1	3	3	2	1	3	3	4	1	1	1	74
20	2	3	3	4	1	2	1	3	2	3	4	3	1	4	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	3	1	2	2	1	2	67

TABLA MATRIZ DE DATOS - EMOCIONES EXPRESADAS POST TEST

E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Σ
1	1	4	1	1	3	1	2	3	2	3	4	2	1	4	3	2	1	1	2	2	3	2	3	4	4	4	4	1	1	4	73
2	2	4	1	1	1	3	3	2	2	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	46
3	2	3	2	1	2	2	2	1	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	4	4	4	2	73
4	1	4	1	2	1	2	3	2	2	1	2	1	3	4	3	2	1	2	1	2	4	4	2	4	4	3	2	1	2	1	67
5	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	4	2	2	2	2	1	1	4	4	4	1	1	1	1	2	4	1	55
6	2	4	1	1	3	1	1	2	3	4	4	1	1	4	2	1	1	2	1	1	1	4	2	3	4	4	1	1	1	1	62
7	2	1	2	1	2	3	2	4	2	3	3	3	3	4	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	2	3	3	87
8	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	4	2	3	2	3	3	4	2	2	4	3	4	3	3	4	3	1	2	3	2	81
9	2	3	2	3	2	3	1	3	2	4	4	3	3	4	2	3	2	3	2	1	3	3	4	4	3	4	3	1	3	2	82
10	2	3	3	4	1	2	1	3	2	3	4	3	1	4	2	2	1	2	2	2	4	3	4	3	3	4	2	2	2	2	76
11	1	4	1	1	3	1	2	3	2	3	4	2	1	4	3	2	1	1	2	1	3	4	3	4	4	4	3	2	4	1	74
12	2	4	1	1	1	3	3	2	2	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	4	1	1	2	4	4	4	60
13	2	3	2	1	2	2	2	1	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	4	3	3	2	4	2	4	2	2	4	2	73
14	1	4	1	2	1	2	3	2	2	1	2	1	3	4	3	2	4	2	4	2	4	4	2	4	1	3	2	4	2	1	73
15	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	4	2	4	2	4	1	1	4	4	1	4	4	4	4	2	4	1	68
16	2	4	1	1	3	1	1	2	3	4	4	1	1	4	2	1	1	2	1	1	4	4	2	4	4	4	4	4	4	1	75
17	2	1	2	1	2	3	2	4	2	3	3	3	3	4	4	4	2	3	3	4	4	4	2	3	3	4	3	2	3	3	86
18	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	4	2	3	2	3	3	4	2	2	2	3	4	3	3	4	4	4	3	2	2	84
19	2	3	2	3	2	3	1	3	2	4	4	3	3	4	2	3	2	3	2	4	3	3	4	4	3	2	3	1	3	2	83
20	2	3	3	4	1	2	1	3	2	3	4	3	1	4	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	3	3	1	1	2	2	68

ANEXO G

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - CONOCIMIENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i)(\sum y_i)}{[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.54	12	0.51
2	0.40	13	-0.3
3	0.30	14	0.10
4	0.77	15	0.36
5	0.51	16	0.06
6	0.55	17	0.22
7	0.64	18	0.33
8	0.54	19	0.02
9	0.23	20	0.33
10	0.30	21	0.16
11	0.24	22	0.38

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems N° 13, 14, 16, 19 y 21 los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - EMOCION EXPRESADA

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i)(\sum y_i)}{[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.76	16	0.56
2	-0.80	17	0.62
3	0.59	18	0.39
4	0.66	19	0.78
5	0.31	20	0.57
6	0.33	21	0.01
7	-0.10	22	0.31
8	0.73	23	0.63
9	-0.40	24	0.38
10	0.35	25	0.46
11	0.70	26	-0.1
12	0.68	27	0.55
13	0.79	28	0.49
14	0.08	29	0.46
15	0.61	30	0.71

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems N° 2, 7, 9, 14, 21 y 26 los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO - CONOCIMIENTO

La confiabilidad del instrumento estructura fue determinada mediante el Coeficiente de “Kuder Richardson” (k)

$$K-R = \left(\frac{k}{K - 1} \right) \left(1 - \frac{\sum P.Q}{Sx^2} \right)$$

Donde:

k : N° de preguntas o ítems.

Sx² : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Confiabilidad	Valor	ítem Validos
Kuder Richardson	0.70	17

$$\alpha = 0.70$$

Si el $\alpha = 0.5$ ó $>$ el instrumento es confiable

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO – EMOCIONES

Para determinar la confiabilidad del instrumento: Escala Likert se procedió a utilizar la formula **alfa – Crombach**:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

$$K = 30$$

$$K - 1 = 29$$

$$S_i^2 = 17.45$$

$$S_t^2 = 101.62$$

Reemplazando en la expresión (1):

Se obtiene Alfa de Crombach = 0.85

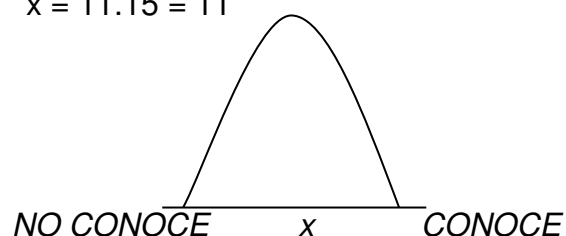
Por lo tanto el instrumento es confiable

ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

A.- Categorización del **CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR** cuidador de pacientes esquizofrénicos según PRE TEST y POST TEST:

Se determinó el promedio (x) $\bar{x} = 11.15 = 11$



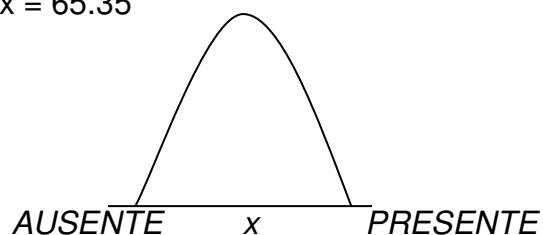
PUNTAJE:

Conoce : 12 A MAS puntos.

No conoce : 0 - 11 puntos.

B.- Categorización de las **EMOCIONES EXPRESADAS** del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos según PRE TEST y POST TEST:

Se determinó el promedio (x) $\bar{x} = 65.35$



PUNTAJE:

Presente : 66 A MAS puntos.

Ausente : 0 - 65 puntos.

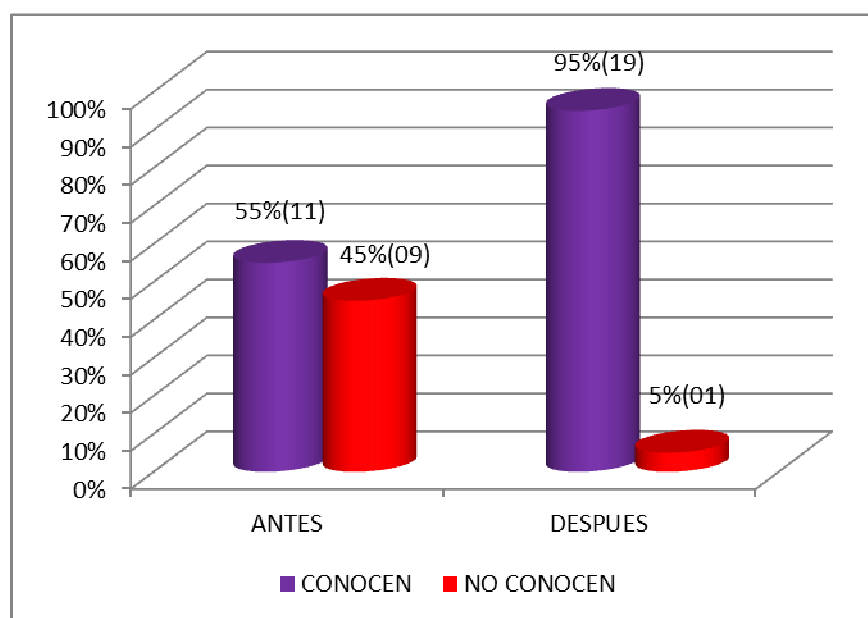
ANEXO J

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA 'PSICOEDUCATIVO EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN LIMA – PERU 2015

CONOCIMIENTOS	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
CONOCEN	11	55	19	95
NO CONOCEN	09	45	01	05
TOTAL	20	100	20	100

T CAL: 7.29 > T TAB.1.72 = rechaza la H₀

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014



Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV - 2014

ANEXO K

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO SEGÚN ITEMS ANTES DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN LIMA – PERU 2015

ITEMS	CONOCE		NO CONOCEN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. La enfermedad mental no es una desgracia o afección misteriosa.	10	50%	10	50%	20	100%
2. Sólo existe un tipo de enfermedad mental y en forma grave.	16	80%	4	20%	20	100%
3. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra que necesita tratamiento oportuno.	17	85%	3	15%	20	100%
4. Generalmente, la enfermedad mental se desarrolla lentamente y puede ser reconocida en sus comienzos.	10	50%	10	50%	20	100%
5. Algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio, otras hospitalización en período de crisis.	18	90%	2	10%	20	100%
6. Los hospitales psiquiátricos son lugares destinados a la hospitalización permanente de los enfermos mentales.	4	20%	16	80%	20	100%
7. La persona con esquizofrenia presenta períodos de recuperación y recaídas.	16	80%	4	20%	20	100%
8. La esquizofrenia puede presentarse de forma diferente de una persona a otra.	14	70%	6	30%	20	100%
9. La esquizofrenia se inicia generalmente en la adolescencia o juventud.	16	80%	4	20%	20	100%
18. La esquizofrenia es causada por herencia.	4	20%	16	80%	20	100%
19. Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente tratamiento médico, "pastillas" y apoyo de la familia	19	95%	1	5%	20	100%
20. Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente apoyo familiar permanentemente.	18	90%	2	10%	20	100%
21. Los comportamientos que usted ha observado en su paciente lo caracterizan por.....	1	5%	19	95%	20	100%

22. Las recaídas en el paciente pueden presentarse por.....	4	20%	16	80%	20	100%
23. Los medicamentos usados para la esquizofrenia	14	70%	6	30%	20	100%
24. Los medicamentos que su paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad.....	1	5%	19	95%	20	100%
25. Los medicamentos que su paciente ha tomado anteriormente para el tratamiento de la enfermedad	6	30%	14	70%	20	100%
26. Estos medicamentos que le indicaron, le “chocaron” alguna vez	6	30%	14	70%	20	100%
27. Que hizo usted cuando le “choco” la medicina	4	20%	16	80%	20	100%
28. Si hay algo que le moleste de la conducta de su paciente, usted.....	6	30%	14	70%	20	100%
29. Si su paciente se siente mejor y manifiesta que no necesita continuar con el tratamiento, usted.....	8	40%	12	60%	20	100%
30. Muchas veces se observa que el paciente con esquizofrenia se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal, para acostado todo el día, usted piensa que es.....	11	55%	9	45%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

ANEXO L

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO SEGÚN ITEMS DESPUES DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN LIMA – PERU 2015

ITEMS	CONOCE		NO CONOCEN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. La enfermedad mental no es una desgracia o afección misteriosa.	6	30%	14	70%	20	100%
2. Sólo existe un tipo de enfermedad mental y en forma grave.	11	55%	9	45%	20	100%
3. La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra que necesita tratamiento oportuno.	11	55%	9	45%	20	100%
4. Generalmente, la enfermedad mental se desarrolla lentamente y puede ser reconocida en sus comienzos.	14	70%	6	30%	20	100%
5. Algunas enfermedades solo necesitan tratamiento ambulatorio, otras hospitalización en período de crisis.	19	95%	1	5%	20	100%
6. Los hospitales psiquiátricos son lugares destinados a la hospitalización permanente de los enfermos mentales.	12	60%	8	40%	20	100%
7. La persona con esquizofrenia presenta períodos de recuperación y recaídas.	14	70%	6	30%	20	100%
8. La esquizofrenia puede presentarse de forma diferente de una persona a otra.	18	90%	2	10%	20	100%
9. La esquizofrenia se inicia generalmente en la adolescencia o juventud.	13	65%	7	35%	20	100%
10. La esquizofrenia es causada por herencia.	11	55%	9	45%	20	100%
11. Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente tratamiento médico, "pastillas" y apoyo de la familia	18	90%	2	10%	20	100%
12. Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente apoyo familiar permanentemente.	20	100%	0	0%	20	100%

13. Los comportamientos que usted ha observado en su paciente lo caracterizan por.....	14	70%	6	30%	20	100%
14. Las recaídas en el paciente pueden presentarse por.....	17	85%	3	15%	20	100%
15. Los medicamentos usados para la esquizofrenia	18	90%	2	10%	20	100%
16. Los medicamentos que su paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad.....	19	95%	1	5%	20	100%
17. Los medicamentos que su paciente ha tomado anteriormente para el tratamiento de la enfermedad	6	30%	14	70%	20	100%
18.Estos medicamentos que le indicaron, le “chocaron” alguna vez	6	30%	14	70%	20	100%
19.¿Que hizo usted cuando le “choco” la medicina	4	20%	16	80%	20	100%
20. Si hay algo que le moleste de la conducta de su paciente, usted.....	6	30%	14	70%	20	100%
21. Si su paciente se siente mejor y manifiesta que no necesita continuar con el tratamiento, usted.....	8	40%	12	60%	20	100%
22. Muchas veces se observa que el paciente con esquizofrenia se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal, para acostado todo el día, usted piensa que es.....	11	55%	9	45%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

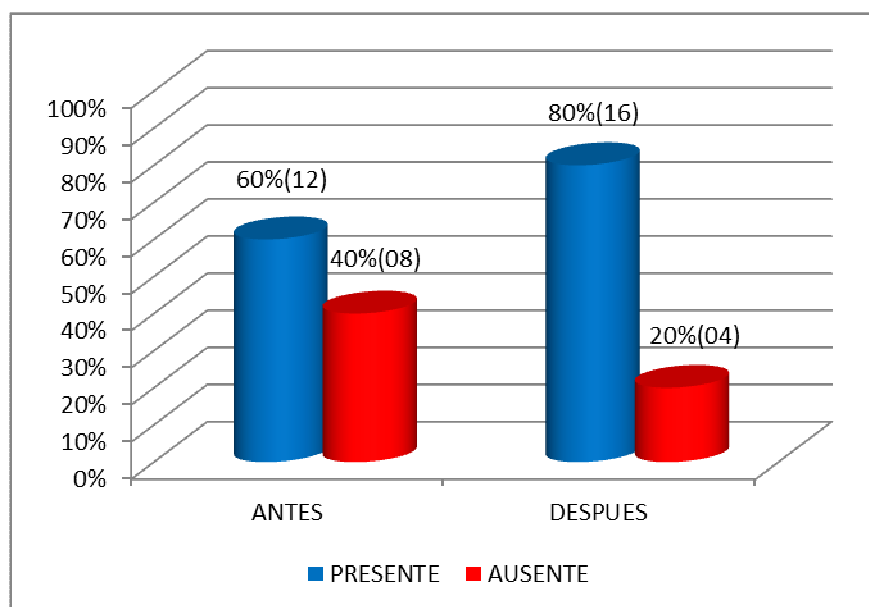
ANEXO M

EMOCIONES EXPRESADAS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA PSICO EDUCATIVO EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN LIMA – PERU 2015

EMOCIONES EXPRESADAS	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
PRESENTE	12	60	16	80
AUSENTE	08	40	04	20
TOTAL	20	100	20	100

T CAL: 6.55 > T TAB.1.72 = rechaza la H₀

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014



Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

ANEXO N

EMOCIONES EXPRESADAS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO SEGÚN ITEMS ANTES DEL PROGRAMA PSICO EDUCATIVO EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN LIMA – PERU 2015

ITEMS	AUSENTE		PRESENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Cuando veo a mi familiar encerrado en su cuarto, lo resondro para que ayude en casa.	20	100%	0	0%	20	100%
2. Tengo cuidado que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.	0	0%	20	100%	20	100%
3. Me da igual que mi familiar se descuide de su vestido como de su higiene.	18	90%	2	10%	20	100%
4. Siento desesperación, lloro frente a él por las cosas que éste hace.	12	60%	8	40%	20	100%
5. Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa al igual que los demás.	16	80%	4	20%	20	100%
6. Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.	12	60%	8	40%	20	100%
7. La enfermedad de mi familiar no es responsable de los problemas que vienen al hogar.	14	70%	6	30%	20	100%
8. Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actúe solo.	8	40%	12	60%	20	100%
9. Estoy acostumbrado al poco interés de mi familiar frente a los problemas de la casa.	14	70%	6	30%	20	100%
10. Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.	2	10%	18	90%	20	100%
11. Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo, porque no sabe lo que hace	6	30%	14	70%	20	100%
12. Mi familiar no hace nada por si solo, sin embargo no me molesta.	12	60%	8	40%	20	100%
13. No es culpa de mi familiar enfermo que no tenga las recompensas que merezco.	14	70%	6	30%	20	100%
14. Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansando en casa.	0	0%	20	100%	20	100%

15. Cuando converso con mi familiar término molestándome por lo confuso de su conversación.	12	60%	8	40%	20	100%
16. La mortificación que sentía antes ya no la siento.	11	55%	9	45%	20	100%
17. Cada vez que puedo le saco en cara lo que me hace sufrir, a mi familiar enfermo.	18	90%	2	10%	20	100%
18. Me molesto cuando veo a mi familiar desganado.	15	75%	5	25%	20	100%
19. Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.	18	90%	2	10%	20	100%
20. Dejo a mi familiar sólo, por su cuenta.	20	100%	0	0%	20	100%
21. El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.	8	40%	12	60%	20	100%
22. Trato de no ser duro con mi familiar.	10	50%	10	50%	20	100%
23. Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.	15	75%	5	25%	20	100%
24. Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.	6	30%	14	70%	20	100%
25. Las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo en el hospital.	12	60%	8	40%	20	100%
26. En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.	5	25%	15	75%	20	100%
27. Me da cólera que mi familiar no entienda claramente lo que le quiero decir.	16	80%	4	20%	20	100%
28. Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar, es un caso perdido.	20	100%	0	0%	20	100%
29. Me da cólera cuando mi familiar enfermo no se da cuenta de lo que hace, me fastidia a pesar de que se lo digo.	17	85%	3	15%	20	100%
30. Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.	18	90%	2	10%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

ANEXO O

EMOCIONES EXPRESADAS QUE TIENEN LOS FAMILIARES CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO SEGÚN ITEMS DESPUES DEL PROGRAMA PSICO EDUCATIVO EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN LIMA – PERU 2015

ITEMS	AUSENTE		PRESENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Cuando veo a mi familiar encerrado en su cuarto, lo resondro para que ayude en casa.	20	100%	0	0%	20	100%
2. Tengo cuidado que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.	4	20%	16	80%	20	100%
3. Me da igual que mi familiar se descuide de su vestido como de su higiene.	18	90%	2	10%	20	100%
4. Siento desesperación, lloro frente a él por las cosas que éste hace.	14	70%	6	30%	20	100%
5. Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa al igual que los demás.	16	80%	4	20%	20	100%
6. Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.	12	60%	8	40%	20	100%
7. La enfermedad de mi familiar no es responsable de los problemas que vienen al hogar.	16	80%	4	20%	20	100%
8. Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actúe solo.	12	60%	8	40%	20	100%
9. Estoy acostumbrado al poco interés de mi familiar frente a los problemas de la casa.	16	80%	4	20%	20	100%
10. Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.	4	20%	16	80%	20	100%
11. Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo, porque no sabe lo que hace	6	30%	14	70%	20	100%
12. Mi familiar no hace nada por si solo, sin embargo no me molesta.	14	70%	6	30%	20	100%
13. No es culpa de mi familiar enfermo que no tenga las recompensas que merezco.	12	60%	8	40%	20	100%
14. Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansando en casa.	2	10%	18	90%	20	100%

15. Cuando converso con mi familiar término molestándome por lo confuso de su conversación.	12	60%	8	40%	20	100%
16. La mortificación que sentía antes ya no la siento.	13	65%	7	35%	20	100%
17. Cada vez que puedo le saco en cara lo que me hace sufrir, a mi familiar enfermo.	17	85%	3	15%	20	100%
18. Me molesto cuando veo a mi familiar desganado.	15	75%	5	25%	20	100%
19. Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.	17	85%	3	15%	20	100%
20. Dejo a mi familiar sólo, por su cuenta.	15	75%	5	25%	20	100%
21. El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.	4	20%	16	80%	20	100%
22. Trato de no ser duro con mi familiar.	8	40%	12	60%	20	100%
23. Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.	10	50%	10	50%	20	100%
24. Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.	3	15%	17	85%	20	100%
25. Las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo en el hospital.	6	30%	14	70%	20	100%
26. En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.	5	25%	15	75%	20	100%
27. Me da cólera que mi familiar no entienda claramente lo que le quiero decir.	10	50%	10	50%	20	100%
28. Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar, es un caso perdido.	15	75%	5	25%	20	100%
29. Me da cólera cuando mi familiar enfermo no se da cuenta de lo que hace, me fastidia a pesar de que se lo digo.	7	35%	13	65%	20	100%
30. Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.	16	80%	4	20%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

ANEXO P

**EMOCIONES EXPRESADA QUE TIENEN LOS FAMILIARES
CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO
SEGÚN DIMENSION CRÍTICA ANTES Y DESPUES
DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
LIMA – PERU
2015**

EMOCIONES EXPRESADAS	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
PRESENTE	10	50	14	70
AUSENTE	10	50	06	30
TOTAL	20	100	20	100

T CAL: 3.62 > T TAB.1.72 = rechaza la H₀

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

ANEXO Q

**EMOCIONES EXPRESADA QUE TIENEN LOS FAMILIARES
CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO
SEGÚN DIMENSION SOBREPROTECCIÓN ANTES Y
DESPUES DEL PROGRAMA PSICO
EDUCATIVO EN EL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN
LIMA – PERU
2015**

EMOCIONES EXPRESADAS	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
PRESENTE	10	50	08	40
AUSENTE	10	50	12	60
TOTAL	20	100	20	100

T CAL: 2.1 > T TAB.1.72 = rechaza la H₀

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

ANEXO R

**EMOCIONES EXPRESADAS QUE TIENEN LOS FAMILIARES
CUIDADORES DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO
SEGÚN DIMENSION HOSTILIDAD ANTES Y
DESPUES DEL PROGRAMA PSICO
EDUCATIVO EN EL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN
LIMA – PERU
2015**

EMOCIONES EXPRESADAS	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
PRESENTE	10	50	17	85
AUSENTE	10	50	03	15
TOTAL	20	100	20	100

T CAL: 5.58 > T TAB.1.72 = rechaza la H₀

Fuente: Instrumento aplicado al familiar cuidador del paciente esquizofrénico del HHV, 2014

ANEXO S

PRUEBA DE HIPOTESIS - PRUEBA T DE STUDENT

HIPÓTESIS DE ESTUDIO PARA CONOCIMIENTO

H1: “El programa educativo es efectivo en el incremento de conocimientos del familiar cuidador del paciente esquizofrénico”

H0: “El programa educativo no es efectivo en el incremento de conocimientos del familiar cuidador del paciente esquizofrénico”

CONOCIMIENTOS	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
CONOCEN	11	55	19	95
NO CONOCEN	09	45	01	05
TOTAL	20	100	20	100

T CAL: 7.29 > T TAB.1.72 = rechaza la H₀

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del servicio de Neurocirugía del ISN- SB - 2014

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_d}{Sd / \sqrt{n}}$$

\bar{d} : Media de la diferencia (Antes y después)

μ : Media población = 0

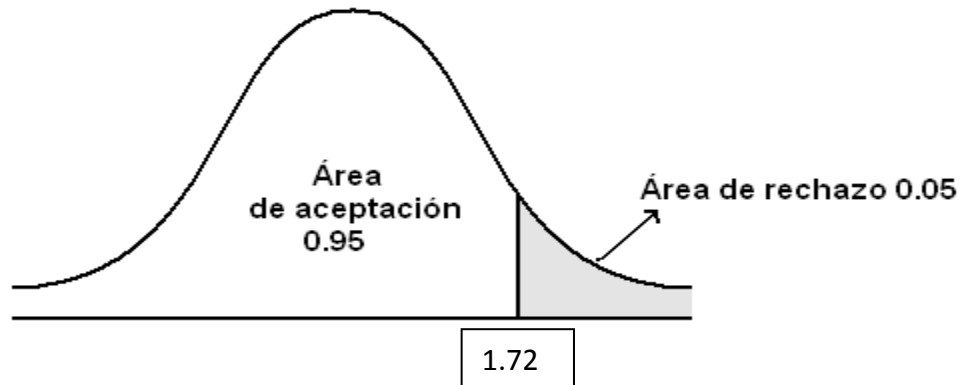
Sd : Desviación estándar de la diferencia (Antes y después)

n : muestra =20

Grados de libertad: $n - 1 : 20 - 1 = 19$ **Con un Error $\alpha = 0.05$**

Se rechaza H_0 si: $T_{\text{Calculado}} > T_{\text{Tabulado}}$

Donde $T_{\text{Tab}} = 1.69$ para 19 grados de libertad



Realizando la operación:

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_d}{S_d / \sqrt{n}}$$

$$T_{\text{calc}} = 5.25 - 0 / 3.25 / \sqrt{20}$$

$$T_{\text{calc}} = 7.29$$

Por lo tanto el $T_{\text{cal}} > T_{\text{tab}}$ $7.29 > 1.72$

Se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto se puede decir que el programa educativo es efectivo en el incremento de conocimientos del familiar cuidador del paciente esquizofrénico al 95% de significativa.

B) HIPÓTESIS DE ESTUDIO PARA EMOCIONES EXPRESADAS:

H_1 : "El programa educativo es efectivo en las emociones expresadas del familiar cuidador del paciente esquizofrénico"

H_0 : "El programa educativo no es efectivo en las emociones expresadas del familiar cuidador del paciente esquizofrénico"

EMOCIONES EXPRESADAS	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
PRESENTE	12	60	16	80
AUSENTE	08	40	04	20
TOTAL	20	100	20	100

T CAL: 6.55 > T TAB.1.72 = rechaza la H₀

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del servicio de Neurocirugía del ISN- SB - 2014

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_d}{Sd / \sqrt{n}}$$

\bar{d} : Media de la diferencia (Antes y después)

μ : Media población = 0

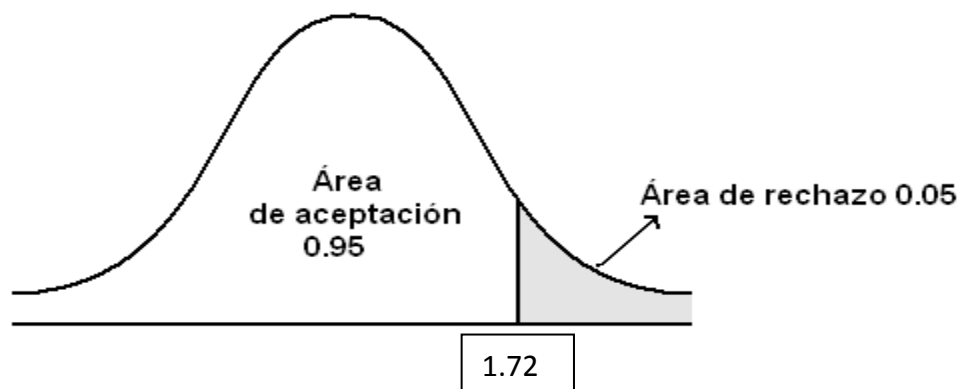
Sd : Desviación estándar de la diferencia (Antes y después)

n : muestra =20

Grados de libertad: n – 1 : 20-1 = 19 **Con un Error α = 0.05**

Se rechaza H₀ si: T Calculado > T Tabulado

Donde T Tab = 1.69 para 19 grados de libertad



Realizando la operación:

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_d}{S_d / \sqrt{n}}$$

$$T_{\text{calc}} = 6.95 - 0 / 4.76 / \sqrt{20}$$

$$T_{\text{calc}} = 6.55$$

Por lo tanto el $T_{\text{cal}} > T_{\text{tab}}$ $6.55 > 1.72$

Se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto se puede decir que el programa educativo es efectivo en las emociones expresadas del familiar cuidador del paciente esquizofrénico al 95% de significativa.

ANEXO T

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CRÓNICOS

SESION N° 1 SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Por: *Miriam Cabra (*)*

I. OBJETIVOS:

a) Objetivos del Terapeuta:

- Brindar información acerca del concepto de salud, enfermedad y enfermedad mental.
- Identificar las creencias y prejuicios que tienen los familiares acerca de la enfermedad mental.

b) Objetivos para la Familia:

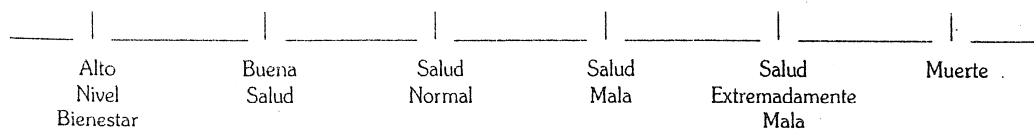
Al término de la sesión los familiares estarán en condiciones de:

- Definir con sus propias palabras los términos salud y enfermedad mental.
- Enumerar las características de una persona mentalmente sana y enferma.

II. DESARROLLO DE LA SESION:

- A) **Salud** : «Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad». Es el resultado del permanente equilibrio del hombre con su medio ambiente.

La salud es una parte de una continuidad. Hay grados de salud, tal como hay grados de enfermedad.



- B) Salud Mental:** Es más que la ausencia de enfermedad, implica un sentimiento de bienestar y una habilidad de funcionar con amplia capacidad física, intelectual y emocional.

Una persona que está libre de enfermedad mental tiene un sentimiento general de bienestar la mayoría del tiempo, funciona en su máxima capacidad física, es competente en alternar con su medio ambiente (trabajo, familia...).

- C) Salud y Enfermedad:** Balance logrado entre aquellas partes sanas y enfermas que todo individuo posee. De tal manera que, la salud o enfermedad absoluta serían utopías.

INDIVIDUO SANO : Balance positivo

INDIVIDUO ENFERMO : Balance negativo

Individuo Sano: Tiene una pequeña zona enferma, pero en el balance general es la «sana» la que predomina (balance positivo).

En tales casos los pequeños «núcleos enfermos» no son considerados oficialmente como «enfermedad» porque no interfiere de manera sustancial en el funcionamiento y productividad del individuo.

Individuo Enfermo: Tiene una pequeña zona sana, pero en el balance general la que predomina es la zona «enferma» (balance negativo), interfiriendo significativamente su desenvolvimiento en la vida.

(Mostrar lámina: Individuo sano - Individuo enfermo)

- D) CARACTERISTICAS:**

(Ver cuadro en la página siguiente)

INDIVIDUO SANO - INDIVIDUO ENFERMO

PERSONA MENTALMENTE SANA	PERSONA MENTALMENTE ENFERMA
<ol style="list-style-type: none"> 1. TODOS SUS ORGANOS Y SISTEMAS DEL ORGANISMO DESEMPEÑAN LA FUNCION PARA LA CUAL EXISTEN. 2. LA PERSONA ESTA SATISFECHA CON SI MISMA, ES DECIR, RECONOCE SUS CAPACIDADES, VIRTUDES, CUALIDADES, DEFECTOS, LIMITACIONES. 3. ESTA SATISFECHO EN SU RELACION CON LOS DEMAS, ES DECIR, ES CAPAZ DE ACEPTAR AL OTRO Y DE CONVIVIR CON EL OTRO. 4. TIENE CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES DE LA VIDA FAMILIAR, SOCIAL Y OCUPACIONAL. 5. TIENE METAS TRAZADAS EN LA VIDA, SABE POR LO QUE VIVE. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. HAY DEFICIENCIAS EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS ORGANOS Y/O SISTEMAS DEL ORGANISMO. 2. NO MUESTRA SATISFACCION POR SU PERSONA, GENERALMENTE SOLO OBSERVA SUS DEFECTOS, LIMITACIONES, NO VALORA SUS RECURSOS PERSONALES. 3. GENERALMENTE, TIENE DIFICULTADES CON LOS DEMAS, A VECES SE RETRAEN, AISLAN, OTROS RESPONDEN EN FORMA AGRESIVA Y HACE QUE LOS DEMAS SE ALEJEN DE EL. OTROS ASUMEN UNA ACTITUD PASIVA, SIENDO UTILIZADOS POR LOS DEMAS. 4. HAY ALTERACION EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES, EN LA VIDA FAMILIAR, SOCIAL Y OCUPACIONAL. 5. UNA PERSONA ENFERMA NO ORGANIZA SU VIDA, NO TIENE METAS PARA DESEMPEÑARSE.

SESION N° 2

ESQUIZOFRENIA

Por: *Miriam Cabra (*)*

I. OBJETIVOS:

a) Del Terapeuta:

- Brindar información acerca del concepto y origen de la esquizofrenia.
- Identificar las creencias y prejuicios que tienen los familiares acerca de la esquizofrenia.

b) Objetivos para la Familia:

Al término de la sesión se espera que los familiares estén en condiciones de:

- Definir con sus propias palabras la esquizofrenia.
- Describir el origen de la esquizofrenia.

II. DESARROLLO DE LA SESION:

A) ¿QUE ES LA ESQUIZOFRENIA?

La Esquizofrenia afecta aproximadamente a una persona de cada 100 en todos los países del mundo. La mayoría de las camas de los hospitales mentales son ocupados por personas que padecen esta enfermedad. (Presentar Lámina: «**UNA DE CADA 100 PERSONAS DESARROLLA ESQUIZOFRENIA**»).

Afecta por igual a hombres y mujeres.

Es una de las más debilitantes enfermedades mentales conocidas, donde la persona actúa de una manera inapropiada e inusual o irracionalmente la mayor parte del tiempo.

Esquizofrenia significa una personalidad con pensamientos alterados. La persona encuentra difícil diferenciar lo que es real de lo que no lo es. Es como tener un sueño cuando se está despierto. (Citar ejemplos). (Presentar Lámina: «**LA ESQUIZOFRENIA ES COMO SOÑAR CUANDO SE ESTA DESPIERTO**»).

Los investigadores piensan que es una severa perturbación en el funcionamiento del cerebro. Cada célula nerviosa tiene ramificaciones que transmite y recibe mensajes desde otras células nerviosas hacia la terminación de la otra. En el cerebro afectado de esquizofrenia algo anda mal en el sistema de transmisión. No se sabe con exactitud que es lo que anda mal cuando una persona desarrolla esquizofrenia, pero parece ser que estas sustancias químicas cerebrales son afectadas.

El resultado es un desbalance químico que produce los síntomas de esta enfermedad, por ejemplo: ver, oír, oler, lo que otros no ven, oyen o huelen.

B) ORIGEN DE LA ESQUIZOFRENIA.

Como ya se ha mencionado no se conoce con exactitud el origen. Muchos científicos creen que es la sensibilidad del individuo a presentarla, favorecido esto por los "problemas" que pueda tener a través de su vida.

Esta es la llamada teoría: «Vulnerabilidad - Strés», que refiere a la predisposición biológica del individuo a desarrollar la enfermedad mucho antes de que se presenten los síntomas, por cambios en las sustancias químicas en el cerebro que dan por resultado un desbalance químico ante tensiones en la familia, educación o trabajo que sobrepasen las habilidades del individuo para afrontarlas.

C) LA ESQUIZOFRENIA ES UN DESORDEN DEL CEREBRO QUE PUEDE SER DESENCADENADO POR TENSIONES EN LA FAMILIA, EDUCACION O TRABAJO.

La enfermedad es considerada posible de «heredarse». No es la enfermedad misma la que es heredada sino la tendencia para adquirirla. Esta tendencia generalmente se desarrolla cuando la persona está bajo mucha tensión, pero la cantidad de tensión que se requiere para desarrollar la enfermedad parece variar de una persona a otra. Por ejemplo, un niño con uno de sus padres con esquizofrenia tiene algunas probabilidades de desarrollar la enfermedad, aún si fuera adoptado por padres sanos. Si ambos padres sufren de esquizofrenia el riesgo es mayor.

Si un pariente cercano como un padre, un hermano o una hermana padecen de esquizofrenia, entonces los riesgos de adquirir la enfermedad son más altos.

(Presentar Láminas: «EL RIESGO DE DESARROLLAR ESQUIZOFRENIA ES MAS GRANDE SI TIENES UN PADRE, UN HERMANO O HERMANA QUE HA TENIDO LA ENFERMEDAD»).

SESION N° 3

SINTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Por: Flor Alburquerque J. (*)

I. OBJETIVOS:

a) Del Terapeuta:

Impartir información a los familiares acerca de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

b) Objetivos para la Familia:

Al término de la sesión se espera que los familiares estén en condiciones de:

- Enunciar por lo menos tres síntomas positivos de la esquizofrenia.
- Enunciar por lo menos tres síntomas negativos de la esquizofrenia.

II. DESARROLLO DE LA SESION:

Los investigadores han descrito dos tipos de síntomas en la esquizofrenia: Síntomas Positivos y Síntomas Negativos.

A. SINTOMAS POSITIVOS:

Significa que la función está aumentada o es anormal. Están presentes al comienzo de la enfermedad y en la fase de recaída o crisis. Estos son:

- **Alucinaciones.** - Son percepciones falsas. Esto significa que la persona puede escuchar, ver u oler algo que los demás no escuchan, ven o huelen.
- **Delusiones.** - Son falsas creencias que no pueden ser cambiadas y que los demás no comparten; por ejemplo: creer que alguien está tratando de hacerle daño, creer que tiene el remedio contra el SIDA, etc.
- **Pensamiento desordenado o confuso.** - La persona se da cuenta que no puede pensar con claridad, tiene dificultad para recordar cosas o concentrarse.

- **Falta de sueño.**- La persona demora para quedarse dormida por las noches, se despierta antes de lo acostumbrado, se pasa la noche en «blanco» o su sueño es interrumpido por frecuentes sobresaltos.
- **Intranquilidad o nerviosismo.**- Esta se manifiesta, por ejemplo, cuando el paciente camina de un lado a otro sin un fin determinado, se frota constantemente las manos, etc.

B. SINTOMAS NEGATIVOS:

Significa que la función está disminuida o ausente. Son propios de la fase de recuperación, es decir, cuando los síntomas positivos se han superado parcial o totalmente. Estas son:

- **Aislamiento social.**- Significa que tiene poco contacto social dificultad para establecer relaciones con los demás.
- **Falta de motivación.**- No muestra interés para realizar una tarea, nada le llama la atención, ha perdido el interés por las cosas que antes le gustaba hacer y con las cuales disfrutaba.
- **Lentitud.**- Invierte mayor tiempo del esperado para realizar una tarea o muestra dificultad para realizarla de manera efectiva por muy simple que sea.
- **Inactividad.**- No muestra iniciativa para realizar actividades en beneficio suyo o de los que le rodean.
- **Indiferencia.**- La persona parece poco o nada sensible; su rostro está inexpresivo o poco expresivo.
- **Falta de energía.**- Se siente cansado todo el tiempo o se cansa al menor esfuerzo.
- **Excesiva necesidad de dormir.**- Duerme más tiempo del esperado en relación a su edad y la actividad que realiza.

También existen otros síntomas de la esquizofrenia:

Problemas en el lenguaje.- La persona puede conversar de una manera difícil de seguir, el discurso no tiene sentido, aparentemente complejo, pero no es lógico, coherente, está fijo en una idea. Otras veces puede decir palabras inusuales o expresiones extrañas. Puede ser también que hable poco y no sea posible conversar con él.

Cambios en las emociones y sentimientos.- La persona parece poco o nada sensible, las emociones pueden estar fuera de lugar, por ejemplo: llorar de algo divertido; falta de respuesta afectiva para sus familiares, amigos u otras personas.

SESION N° 4

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Por: Iris Noli H. ()*

I. OBJETIVOS:

a) Del Terapeuta:

1. Brindar conocimientos a los familiares sobre tratamiento psicofarmacológico y psicosocial de la esquizofrenia.
2. Mostrar las formas de presentación de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia.

b) Objetivos para la Familia:

Al término de la sesión los familiares estarán en condiciones de:

1. Definir tratamiento medicamentoso, psicosocial, y médico.
2. Identificar la medicación que se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia.
3. Mencionar los efectos beneficiosos de los antipsicóticos.
4. Mencionar los efectos secundarios de la medicación antipsicótica y qué cuidados aplicar para evitarlos o disminuirlos.

II. DESARROLLO DE LA SESION:

A. CONTROL MEDICO: (Mostrar lámina N° 1)

Es la visita periódica al médico tratante para evaluar la evolución de la enfermedad. Su paciente necesita cumplir con las citas programadas porque ayudará a ver la respuesta al tratamiento, es decir, si va mejorando, continúa igual o ha empeorado.

B. TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO:

Se refiere a la medicación usada para el tratamiento de la esquizofrenia. Los medicamentos son sustancias químicas que sirven para mejorar o aliviar los síntomas de la enfermedad. Los medicamentos usados en la esquizofrenia son los llamados **antipsicóticos y antiparkinsonianos**.

C. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL: (Mostrar lámina N° 2)

Es el apoyo psicológico y social que recibe el paciente cuando está superando la enfermedad.

D. BENEFICIOS QUE SE OBTIENEN CON EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (Mostrar lámina N° 3)

- a) Alivian síntomas de la esquizofrenia
- b) Retrasa o evita el regreso de estos síntomas
- c) Evita las recaídas y rehospitalizaciones
- d) Reduce el número de recaídas
- e) Evita el empeoramiento de los síntomas

E. LOS MEDICAMENTOS ANTIPSICOTICOS MAS CONOCIDOS SON: (Mostrar lámina N° 4 de los antipsicóticos más usados y sus diversas presentaciones).

Haldol	Majeptil	Dognatil
Largactil	Meleril	Piportil
Stelazine	Neuleptil	Decanoato de Anatenzol

F. EFECTOS BENEFICIOSOS DE LOS ANTIPSICOTICOS: (Mostrar lámina N° 5).

- a) Disminuyen las voces, «visiones», hablarse a sí mismo.
- b) Disminuye los pensamientos inadecuados o falsos pensamientos. Ejemplo: creer que lo están persiguiendo, que se burlan o hablan de él, que le quieren hacer daño.
- c) Aclaran los pensamientos y permiten una mayor concentración.
- d) Disminuyen el temor y confusión
- e) Mejoran el sueño.
- f) Ayudan a expresarse de manera comprensible y coherente.
- g) Mejoran el ánimo.
- h) Evitan las recaídas.
- i) Reducen el número de recaídas.
- j) Evitan el empeoramiento de los síntomas

G. EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIPSICOTICOS Y CUIDADOS A REALIZAR. (Ver lámina N° 6 en la página siguiente y en Anexos: Sesión 4)

H. COMO ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS? (HACER DEMOSTRACION):

- Cada familiar leerá una receta y especificará las indicaciones:
 - A quién va dirigida la receta.
 - Comprensión de indicaciones.
 - Verificar si el medicamento está en buenas condiciones (fecha de elaboración y expedición).
- Dar la medicación en el horario y cantidad correctos con suficiente líquido natural (agua, jugos, leche).
- Cerciorarse que el paciente ha tomado la medicación.

I. BENEFICIOS QUE SE OBTIENEN CON EL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL (REHABILITACION): (Mostrar lámina N° 7)

- a) Ayuda a superar los «defectos» (síntomas negativos) que deja la enfermedad.
- b) Ayuda a modificar conductas inapropiadas.
- c) Ayuda a la reintegración del paciente al grupo familiar y social.

J. RECOMENDACIONES:

- a) Cumplir con la medicación indicada por su médico.
- b) Usar la cantidad exacta de medicamentos indicados por el médico, ni más, ni menos.
- c) Discutir con su médico cualquier preocupación relacionada con la medicación.
- d) Si los efectos secundarios son muy acentuados, traer a su familiar por emergencia.

K. ASIGNACION DE TAREAS

- a) Anote los medicamentos que está tomando su paciente.
- b) Cada familiar supervisará la cantidad y hora correcta de la medicación que toma su paciente.
- c) Reconozca y escriba los efectos beneficiosos y secundarios que le producen los medicamentos antipsicóticos a su familiar.
- d) Anote la fecha del próximo control médico de su familiar.

SESION Nº 4
LAMINA Nº 6

a) TEMBLOR EN MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y CORPORAL.	a) MEDICACION - CONSULTA MEDICA
b) RIGIDEZ EN PIERNAS, CUELLO, MANDIBULA.	b) MEDICACION - CONSULTA MEDICA
c) INQUIETUD.	c) REALIZAR EJERCICIOS.
d) SEQUEDAD DE BOCA O EXCESIVA SALIVACION.	d) TOMAR LIQUIDOS.
e) MAREOS, VISION BORROSA, NAUSEAS AL LEVANTARSE BRUSCAMENTE.	e) LEVANTARSE LENTAMENTE.
f) ESTREÑIMIENTO.	f) INGERIR FRUTAS, VERDURAS, FRUTAS SECAS, SALVADO DE TRIGO, Y TOMAR ABUNDANTES LIQUIDOS.
g) DIFICULTAD PARA ORINAR.	g) USAR MEDIOS FISICOS, HACER CORRER AGUA DE CAÑO.
h) PIEL SECA Y ESCOZOR.	h) USAR CREMAS Y BAÑO GENERAL.
i) PUEDE SENTIR SENSIBILIDAD DE LA PIEL.	i) NO EXPONERSE AL SOL.
j) MOLESTIAS OCULARES, MUCHO BRILLO.	j) USAR LENTES OSCUROS.

SESION N° 5

ROL DE LA FAMILIA FRENTE AL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Por: Ana Martínez ()*

I. OBJETIVOS:

a) Del Terapeuta:

1. Lograr que los miembros de la familia acepten que tienen un familiar enfermo de esquizofrenia.
2. Lograr que la familia anime positivamente al paciente, en el proceso de tratamiento y rehabilitación.
3. Ayudar a que los familiares eviten estimulaciones extremas con sus pacientes (positivas o negativas).
4. Lograr que los familiares expresen sus inquietudes, sus sentimientos y planteen alternativas para la solución de sus problemas vinculados al paciente.

b) Objetivos para la Familia:

Al término de las charlas los familiares estarán en condiciones de:

1. Intervenir activamente en la continuidad del tratamiento prescrito por el psiquiatra.
2. Proveer un ambiente no estresante para el paciente.
3. Animar a su paciente a reiniciar una vida independiente en forma gradual.

II. DESARROLLO DE LA SESION:

ROL DE LA FAMILIA FRENTE AL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA:

Se ha observado que muchos familiares no son conscientes de que en casa tienen un paciente con un trastorno mental como es la esquizofrenia. Tienen la idea de que aquella persona que se aísla, que pierde interés por el cuidado de su persona, no quiere cambiarse, asearse, que durante todo el día están acostados en su cama, durmiendo sin hacer nada productivo; «se están haciendo los enfermos» y optan por «gritarles», «pegar-

les», «insultarles», por ejemplo: eres un inútil!, tú te estás haciendo el enfermo!, no tienes nada!, eres un ocioso, un vago, no eres bueno para nada!, etc.

La realidad es otra, estos son los llamados síntomas negativos, que se presentan en las personas con esquizofrenia en la fase de recuperación como ya revisaron ustedes en sesiones anteriores. Los familiares pueden ayudar a su paciente a que tome la medicación que el psiquiatra le indica.

- Muchos se niegan a tomarla porque (creen) que ya se recuperaron y sanaron, piensan que no la necesitan. Es aquí donde los familiares juegan un rol **importante** y ... cómo?... **Animando a su paciente** a que no abandone el tratamiento aunque se sientan mejor, porque ellos no saben que si dejan de tomar sus pastillas o aplicarse las inyecciones, pueden recaer tarde o temprano.

LAMINA No. 1:

ANIME A SU PACIENTE A TOMAR LA MEDICACION PRESCRITA POR SU PSIQUIATRA.

- Las personas con esquizofrenia son muy sensibles a las situaciones nuevas y a las «tensiones».
Ejemplo: Un cambio de domicilio, o un miembro de la familia que se va, etc. ¿Quién no ha pasado por una tensión? Todos la hemos pasado, pero hay personas que son más sensibles y ellas son las personas con esquizofrenia.
Es aquí donde los familiares pueden ayudar al paciente disminuyendo las situaciones que producen tensiones y ayudarlo a enfrentar los problemas.
- Las personas pueden estar alteradas emocionalmente por alguna situación problemática o cambio en su rutina o estilo de vida. Ejemplo: El viaje de un amigo.
Una de las alternativas es dar a la persona la noticia por anticipado, explicarle la situación claramente de modo que entienda los beneficios que le traerá este viaje a su amigo. Procure hacer algunos cambios en forma gradual como sea posible.
Si el paciente se torna ansioso o angustiado por cosas sin importancia, Vamos, anímelo a relajarse! debemos ser pacientes con él y tratemos de calmar la situación procurando no exaltarse demasiado.

LAMINA No. 2:

TU PUEDES AYUDAR MEJOR A LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA SI ESTAS CALMADO Y RELAJADO.

- A veces la persona puede estar triste, lloroso y cansado, esto es difícil de afrontar. Procuremos ser simpáticos, tenerle paciencia y apoyarlos.
- Evite avergonzarlo. Esta enfermedad no es culpa suya, trate de estar animado y ser positivo de modo que usted se gane su confianza, afortunadamente la tristeza o depresión es usualmente sólo por corto tiempo.
- Vivir con una persona con esquizofrenia es muchas veces difícil. Ellos pueden comportarse de una manera extraña y pueden pasar todo el día en cama o pasar horas sin hacer nada.

Parece también no cuidar de sí mismo o de otros. Es muy fácil llegar a molestarse o a impacientarse si la persona parece ociosa o inútil, esto no es sorprendente pero tampoco ayuda a la persona a ser positiva: espere pequeñas mejorías. Ayude a un cambio gradual con él. No critique o castigue a la persona por hacer cosas que usted desaprobe. Esto es ser negativo, impulse al paciente a realizarlo de modo que reconozca su esfuerzo, esto es ser positivo.

LAMINA No. 3:

COMPORTAMIENTOS NEGATIVOS

LAMINA No. 4:

COMPORTAMIENTOS POSITIVOS

III. RESUMEN:

1. La familia y el paciente no deben sentirse culpables de que les dé esta enfermedad. La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta a una de cada cien personas.
2. No se conoce la causa exacta de la esquizofrenia, pero parece ser que hay un desbalance químico en el cerebro.
3. Los principales síntomas son:
 - a) **Delusiones:** Que vienen a ser creencias falsas. Ejemplo : Ideas de daño «Cuando van caminando por la vereda, ellos piensan que los persiguen con el fin de matarlos, es por eso que observamos que constantemente voltean hacia atrás para ver quien le sigue» «Cuando no quieren comer porque piensan que la comida tiene veneno y que lo quieren envenenar.
 - b) **Alucinaciones Auditivas:** Son voces que sólo ellos escuchan y muchas veces estas voces les ordenan realizar cosas que muchas veces no lo quieren hacer. Ejemplo: Levántate! Párate! Camina! Mata!, etc.
4. La preocupación, las tensiones hacen que estos síntomas empeoren y por lo tanto la enfermedad se agrava.
5. Muchas personas llegan a recuperarse, pero es importante saber que esta enfermedad se caracteriza por tener periodos de recuperación y de recaídas.
Estas recaídas pueden ser evitadas o disminuídas en número, practica algunos cuidados como:
 - Tomar la medicación prescrita
 - Asistir a sus controles médicos y
 - Proporcionarles un ambiente tranquilo.
6. Los miembros de la familia y los amigos pueden ser de mucha ayuda si:
 - Animan a la persona a tomar la medicación
 - Permanecen calmados y relajados
 - Estimulan a la persona a realizar actividades en forma gradual.
 - Resolviendo los problemas en forma calmada.

SESION Nº 6

TECNICA DE SOLUCION DE PROBLEMAS

Por: Flor Alburquerque y Miriam Cabra ()*

I. OBJETIVOS:

a) Objetivos del Terapeuta:

Entrenar a los familiares en la aplicación de la técnica de solución de problemas.

b) Objetivos para la Familia:

Al término de la sesión se espera que los familiares sean capaces de:

Dada una situación problemática de la vida diaria, aplicar los pasos de la técnica de solución de problemas enseñada.

II. DEFINICION DE CONCEPTOS:

A. PROBLEMA:

Es el fracaso para encontrar una respuesta eficaz. Vista de este modo, ninguna situación es por sí misma problemática; es la inadecuación de la respuesta lo que la hace problemática. Citar ejemplos.

B. TECNICA DE SOLUCION DE PROBLEMAS:

Es un proceso de siete (7) pasos que sirve para hallar soluciones nuevas y útiles a largo plazo para cualquier tipo de problema.

C. PASOS DE LA TECNICA DE SOLUCION DE PROBLEMAS:

1. Definir el problema
2. Proponer alternativas u opciones
3. Elegir la alternativa razonable
4. Desarrollar un plan o estrategia a implementar

5. Ejecutar el plan
6. Evaluar los resultados
7. Gratificación por el logro

- a) **Definir el Problema.**- Habitualmente una persona puede experimentar problemas en su relaciones sociales, en la vida familiar, el trabajo, la salud, en lo económico, etc. Usted puede darse cuenta que se encuentra ante una situación problemática si experimenta cólera, tristeza, ansiedad, confusión.

Estas emociones están presentes porque hay algo en su forma de responder a esta situación que no funciona bien, pues generalmente las personas se anticipan negativamente ante un problema. Citar ejemplos.

Para solucionar el problema se requiere definirlo en términos concretos; para ello analice los recursos racionales y emocionales que tiene usted y las demás personas involucradas en el problema; plantéese las siguientes preguntas:

- En qué consiste el problema?
- Cómo se da el problema?
- Cuándo se da el problema?
- Dónde ocurre el problema?
- Quiénes están involucrados en el problema?
- Qué sentimientos tengo respecto al problema?
- Qué pienso de éste?
- Qué sentimientos tienen las personas involucradas en el problema?

- b) **Proponer alternativas u opciones.**- Haga una lista de las posibles soluciones. Para ello tome en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Considere todas las alternativas sin valorar si éstas son buenas o malas.
2. Todas las ideas son válidas por muy extrañas o descabelladas que éstas parezcan.
3. Plantee la mayor cantidad posible de alternativas y así tendrá mayor probabilidad de resolver el problema.

- c) **Elegir la alternativa razonable.**- Consiste en elegir la alternativa más prometedora y analice las ventajas y desventajas de ésta al ponerlas en práctica. Para llegar a esta conclusión siga el siguiente procedimiento:

1. Proceda primero a revisar el listado de alternativas y deseche las ideas que no lleven a solucionar el problema.
2. Combine varias opciones en una cuando sea posible y concluya con una o tres alternativas como máximo. Póngalas en orden jerárquico, es decir, cuál es la más probable que solucione el problema y a ésta dele prioridad.
3. De estas tres alternativas prometedoras, enumere para cada una las ventajas y desventajas que traería su aplicación.
4. Finalmente, seleccione la alternativa cuyas ventajas superen a las desventajas.

- d) **Desarrollar un plan o estrategia a implementar.**- Se refiere a la determinación de las actividades que se realizarán para aplicar la alternativa seleccionada.
- e) **Ejecución de Plan.**- Es llevar a la práctica el plan propuesto.
- f) **Evaluación de resultados.**- Consiste en analizar si está satisfecho con los resultados, es decir, si se ha logrado dar solución al problema. Si el resultado no es satisfactorio, vuelva a considerar la lista de alternativas; se puede pensar en otras o bien seleccionar otras que anteriormente se habían descartado.
- g) **Gratificación por el logro.**- Aún cuando no consiga su meta, es fundamental que la persona se gratifique retomando objetivos y su compromiso con la solución al problema. «Aún cuando no conseguí solucionar mi problema, siquiera lo intenté».

III. TAREA:

Aplice los pasos de la técnica de solución de problemas a un problema que tiene en su medio familiar; siguiendo la guía que se le proporciona en la página siguiente:

GUIA PARA APLICAR LA TECNICA DE SOLUCION DE PROBLEMAS

1. Tómese un tiempo para pensar. Se encuentra en una situación en la que no sabe cuál es la solución. Es necesario parar y pensar un momento. Usted debe utilizar la técnica de solución de problemas.
2. Defina el problema. Defina el obstáculo que hace que la situación sea problemática. Sea concreto.
3. ¿Cuáles son las diferentes maneras de resolver este problema? Piense en las alternativas, es decir, formas por las cuales se podría solucionar el problema. Haga un listado.
4. Evalúe las alternativas factibles para resolver el problema, es decir señale las ventajas y desventajas.
5. Escoja la alternativa razonable y haga un plan para ejecutarlo. ¿Cuáles son los recursos que necesita? Fije la fecha y hora para implementar la alternativa razonable y manos a la obra.
6. Evalúe los resultados.
7. Gratifíquese por el logro.

SESION Nº 7

APLICACION DE LA TECNICA DE SOLUCION DE PROBLEMAS

Por: Iris Noli y Rosario Guillén ()*

I. DEFINICION DEL PROBLEMA:

A. SITUACION PROBLEMÁTICA:

La familia Pérez García tiene un hijo de 24 años con diagnóstico de ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (295.3), su médico tratante Dr. Espinoza, le ha recetado Largactil 100mg. 3 veces al día (1 tab. desayuno, almuerzo y comida) y Akinetón 2mg. 3 veces al día (1 tab. desayuno, almuerzo y comida). Su familiar rechaza la medicación, otras veces recibe medicación y luego la bota, la esconde debajo de la lengua o engaña -simulando como si la hubiese tomado, cuando se le insiste se torna agresivo- levanta la voz, vocifera, dice que la medicación le hace daño, le empeora.

B. PROBLEMA:

«El paciente no toma los medicamentos indicados por el médico».

II. PLANTEAR OPCIONES O ALTERNATIVAS:

- Conversar con su familiar en tratamiento.
- Cambiar formas de administración de la medicación.
- Conversar con el médico y otros profesionales sobre la medicación.
- Conversar con otros pacientes
- Solicitar una entrevista con médico tratante, enfermera o psicólogo.
- Recibir charlas sobre los beneficios y efectos secundarios de la medicación.
- Animar al paciente para que tome su medicación.
- Asistir al programa de rehabilitación
- Lectura de folletos sobre la medicación
- Traerlo por emergencia.
- Castigarlo físicamente.

III. ELEGIR LA ALTERNATIVA RAZONABLE.

A. PROCEDA A REVISAR EL LISTADO DE ALTERNATIVAS Y DESECHE AQUELLAS QUE NO LLEVEN A SOLUCIONAR EL PROBLEMA O COMBINE VARIAS OPCIONES EN UNA COMO SEA POSIBLE. EN ESTE EJEMPLO, SERIA COMO SIGUE:

- Conversar con su familiar en tratamiento.
- Conversar con otros pacientes.
- Animar al paciente para que tome la medicación.
- Recibir charlas sobre los beneficios y efectos secundarios de la medicación.
- Lectura de folletos sobre la medicación.
- Conversar con el médico y otros profesionales sobre la medicación.
- Solicitar una entrevista con el médico tratante, enfermera o psicólogo.
- Asistir al Programa de Rehabilitación.

B. CONCLUYA CON UNA O MAS ALTERNATIVAS Y PONGALAS EN ORDEN JERARQUICO:

- Recibir charlas sobre los beneficios y efectos desagradables de la medicación; lectura de folletos.
- Asistencia al Programa de Rehabilitación
- Solicitar una entrevista con el médico u otro profesional del equipo para informarle acerca de la medicación.

C. PARA CADA UNA DE ESTAS ALTERNATIVAS PROMETEDORAS, ENUMERE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS QUE TRAERIA SU APLICACION:

(Ver cuadros de las páginas siguientes)

D.

SELECCIONE LA ALTERNATIVA CUYAS VENTAJAS SUPEREN A LAS DESVENTAJAS:

Recibir charlas sobre los beneficios y efectos desagradables de la medicación.

IV. DESARROLLAR UN PLAN O ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR.

- Solicitar a las enfermeras charlas relacionadas a la medicación.
- Solicitar folletos relacionados a la medicación.
- Acordar horarios, lugar donde se realizarán las charlas.
- Determinar los recursos económicos que requiere para asistir a las charlas.

V. EJECUCION DEL PLAN.

**RECIBIR CHARLAS SOBRE LOS BENEFICIOS Y EFECTOS
DESAGRADABLES DE LA MEDICACION; LECTURA DE FOLLETOS.**

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTE Y FAMILIA RECIBIRAN INFORMACION SOBRE LOS BENEFICIOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACION. QUE IDENTIFIQUE FORMAS DE DAR LA MEDICACION CUANDO EL LA RECHAZA. - LA FAMILIA SE COMPROMETE A PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO DE SU PACIENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> - FAMILIA NO CUENTA CON RECURSOS ECONOMICOS-PASAJES. - NO ASISTEN A LAS CHARLAS POR ALGUN MOTIVO. POR EJEMPLO: NO TIENEN TIEMPO, NO LE DAN PERMISO EN SU TRABAJO, NO TIENE CON QUIEN DEJAR A LOS NIÑOS PEQUEÑOS. - LA FAMILIA NO COMPRENDE LA IMPORTANCIA DE LA MEDICACION.

ASISTENCIA AL PROGRAMA DE REHABILITACION

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> - PACIENTE TOME CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD QUE PADECE. - FAMILIA SE COMPROMETE A PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO DE SU PACIENTE. - LA ENFERMERA LE DA LA MEDICACION EN EL SERVICIO. 	<ul style="list-style-type: none"> - NO TIENE RECURSOS ECONOMICOS. - SE HARA VENIR TODOS LOS DIAS PORQUE EL HORARIO ES CONTINUADO DE LUNES A VIERNES. - NO QUIERE LEVANTARSE TEMPRANO. - NO ESTA MOTIVADO. - NO LE AGRADAN ALGUNAS ACTIVIDADES.

**SOLICITAR UNA ENTREVISTA CON EL MEDICO U OTRO
PROFESIONAL DEL EQUIPO PARA INFORMARLE
ACERCA DE LA MEDICACION**

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> - TENGA INFORMACION SOBRE LA MEDICACION Y SU IMPORTANCIA. - ACEPTACION DE LA MEDICACION. 	<ul style="list-style-type: none"> - NO ASISTA A LA ENTREVISTA. - NO SE LE ATIENDA POR UN PARO LABORAL. - LLEGA TARDE A LA ENTREVISTA. NO COLABORA CON LA ENTREVISTA - NEGATIVISTA.

VI. EVALUACION DE LOS RESULTADOS.

- Ha llegado a solucionar el problema con éxito?
- Si no ha logrado resolver el problema, vuelva a revisar los pasos anteriores.

VII. GRATIFICACION POR EL LOGRO.

- El familiar se felicita por haber solucionado el problema.
- De los otros familiares puede recibir estímulos, cumplidos, reforzamiento positivo.